

**POZİTİF PSİKOTERAPİYE DAYALI PSİKOLOJİK
DAYANIKLILIK PSİKOEĞİTİM PROGRAMININ
HEMŞİRELERİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIKLARINA
ETKİSİ VE DENGELİ YAŞAM BECERİLERİ**

Seda ÖNER

**DOKTORA TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**DANIŞMAN
DOÇ. DR. Aysel KARACA**

**İKİNCİ DANIŞMAN
DOÇ. DR. NURİYE YILDIRIM ŞİŞMAN**

DÜZCE, 2024

T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

POZİTİF PSİKOTERAPİYE DAYALI PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK
PSİKOEĞİTİM PROGRAMININ HEMŞİRELERİN PSİKOLOJİK
DAYANIKLILIKLARINA ETKİSİ VE DENGELİ YAŞAM BECERİLERİ

Seda ÖNER tarafından hazırlanan tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından Düzce Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda **DOKTORA TEZİ** olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Aysel KARACA

Düzce Üniversitesi

Jüri Üyeleri

Doç. Dr. Aysel KARACA

Düzce Üniversitesi

Doç. Dr. Tuğba SARI

Akdeniz Üniversitesi

Doç. Dr. Elif AŞIK

Süleyman Demirel Üniversitesi

Doç. Dr. Ebru ÖZEN BEKAR

Düzce Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Meryem AYDIN

Düzce Üniversitesi

Tez Savunma Tarihi: 01/02/2024

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

01 Şubat 2024

Seda ÖNER

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim sırasında ve tezimin tüm aşamalarında bilgi ve deneyimleri ile yol gösteren, her adımda desteğini esirgemeyen değerli hocam Doç. Dr. Aysel KARACA'ya

Tez çalışmam boyunca bilgi, tecrübe ve desteğini benimle paylaşan değerli ikinci danışman hocam Doç. Dr. Nuriye YILDIRIM ŞİŞMAN'a

Tezime jüri üyesi olarak katkı veren ve bilgi ve desteklerini koşulsuzca sunan saygıdeğer hocalarım Doç. Dr. Tuğba SARI ve Doç. Dr. Elif AŞIK'a,

Tezimin her aşamasında bana bilgi, tecrübe ve dostluğuyla destek veren kıymetli arkadaşım Öğr. Gör. Dr. Ferhan AÇIKGÖZ'e

Bu tezin ortaya çıkmasına vesile olan ve bana çok değerli deneyimler yaşatan çok kıymetli *MESLEKTAŞLARIMA*,

Bu süreçte desteğini ve anlayışını esirgemeyen çok kıymetli eşim Seçkin ÖNER ve canım çocuklarım Buğra ve Ada'ya,

En içten duygularımla sonsuz teşekkür ederim.

01 Şubat 2024

Seda ÖNER

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ŞEKİL LİSTESİ.....	viii
GÖRSEL LİSTESİ.....	ix
ÇİZELGE LİSTESİ.....	x
KISALTMALAR.....	xi
ÖZET.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
EXTENDED ABSTRACT.....	xiv
1. GİRİŞ.....	1
1.1. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ VE ARAŞTIRMA SORUSU.....	4
1.2. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	4
1.3. PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK.....	4
1.4. PSİKOLOJİK DAYANIKLILIĞI ETKİLEYEN FAKTÖRLER.....	7
1.4.1. Risk Faktörleri.....	7
1.4.2. Olumlu Uyum Gösterme, Baş Etme, Yeterlik.....	7
1.4.3. Koruyucu (Protective) Faktörler.....	7
1.5. HEMŞİRELERDE PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER.....	9
1.6. POZİTİF PSİKOTERAPİ.....	12
1.7. POZİTİF PSİKOTERAPİNİN TEMEL TEZLERİ.....	13
1.8. POZİTİF PSİKOTERAPİDE BAZI TEMEL KAVRAMLAR.....	14
1.8.1. Gerçek Yetenekler.....	14
1.8.2. Pozitif Psikoterapinin İlkeleri.....	15
1.8.3. Model Boyutları.....	19
1.8.4. Pozitif Psikoterapide Çatışma Konusu.....	20
1.9. POZİTİF PSİKOTERAPİ TEMELLİ MÜDAHALELER İLE İLGİLİ YAPILAN ÇALIŞMALAR.....	21
1.10. PSİKİYATRİ HEMŞİRESİNİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK GELİŞTİRMEDEKİ ROLÜ.....	23
2. MATERYAL VE YÖNTEM.....	25
2.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TASARIMI.....	25
2.2. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ.....	25
2.3. ARAŞTIRMANIN EVREN-ÖRNEKLEMİ.....	26
2.3.1. Araştırmanın nicel boyutunda örneklem seçimi.....	26
2.3.2. Araştırmanın Nitel Boyutunda Örneklem Seçimi.....	29
2.4. ARAŞTIRMA ÖRNEKLEMİNİN ÖZELLİKLERİ.....	29
2.4.1. Katılımcıların Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	29
2.4.2. Katılımcıların Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri.....	29
2.4.3. Çalışma Sırasında Örneklemden Çıkarılma Kriterleri.....	29
2.5. ARAŞTIRMANIN KÖRLEMESİ VE YANLILIĞIN ÖNLENMESİ.....	29
2.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI VE ÖZELLİKLERİ.....	32

2.7. VERİLERİN TOPLANMASI.....	35
2.7.1. Nicel Verilerin Toplanması	35
2.7.2. Nitel Verilerin Toplanması.....	35
2.8. UYGULAMA AŞAMASI	36
2.8.1. Pozitif Psikoterapiye Dayalı Psikolojik Dayanıklılık Programı”nın Hazırlanması.....	36
2.8.2. Katılımcı Rehber Kitapçığının Hazırlanması.....	37
2.8.3. Pozitif Psikoterapiye Dayalı Psikolojik Dayanıklılık Programı (PPDDP)’nın İçeriği	37
2.8.4. Uygulama Aşaması.....	40
2.8.5. Programın Uygulanacağı Ortam	40
2.8.6. Ön Uygulama.....	41
2.8.7. Pozitif Psikoterapiye Dayalı Psikolojik Dayanıklılık Programının Uygulanması	41
2.9. UYGULAMA PROTOKOLÜ İLKELERİ.....	43
2.10. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE ANALİZİ	43
2.10.1. Nicel Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi	43
2.10.2. Nitel Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi.....	44
2.11. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	45
2.12. ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ.....	46
3. NİCEL BULGULAR VE TARTIŞMA.....	47
3.1. GRUPLARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI.....	47
3.2. HEMŞİRELERİN ÖN TEST, SON TEST VE İZLEM ÖLÇÜMLERİNDEN ALDIKLARI PUANLARIN KARŞILAŞTIRILMASI	48
3.2.1. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğinin Gruplar Arası Karşılaştırılması	48
3.2.2. Deney ve kontrol grubunun zamana bağlı psikolojik dayanıklılık ölçeği ve boyutlarının karşılaştırılması.....	51
3.2.3. Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği ve boyutlarının grup-zaman etkileşimi yönünden karşılaştırılması	57
4. NİTEL BULGULAR VE TARTIŞMA.....	68
4.1. KATILIMCILARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ	68
4.2. ANA TEMALAR VE ALT TEMALARIN İNCELENMESİ.....	69
4.2.1. Tema 1. Yaşam Dengesi.....	75
4.2.1.1. Alt Tema 1. Beden Boyutu.....	76
4.2.1.2. Alt Tema 2. İlişki Boyutu.....	78
4.2.1.3. Alt Tema 3. Başarı Boyutu	80
4.2.1.4. Alt Tema 4. Anlam/Gelecek/Maneviyat boyutu	81
4.2.2. Tema 2. Gerçek Yetenekler	83
4.2.3. Tema 3. Zorlayıcı Yaşam Olayları	85
4.2.3.1. Alt Tema 1. Tetiklenen kapasiteler.....	85
4.2.3.2. Alt Tema 2. Tepkilerinin farkına varmak	85
4.2.4. Tema 4. Anahtar Çatışma	87
4.2.5. Tema 5. Programın değerlendirilmesi.....	88
4.2.5.1. Alt Tema 1. Eğitimin genel değerlendirilmesi.....	88
4.2.5.2. Alt Tema 2. Kendini bulma/kendiyle ilişkili farkındalıklar	88
4.2.5.3. Alt Tema 3. Davranış değişikliği üzerindeki etkileri	89
4.2.5.4. Alt Tema 4. İlişkiler üzerindeki etkileri.....	89
4.2.5.5. Alt Tema 5. Denge modeli üzerindeki etkileri	90

4.2.6. Tema 6. Beş yıl sonra...	91
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	93
6. KAYNAKLAR	98
7. EKLER	107
EK 1: PPDDP PROGRAMI	107
EK 2. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU	112
EK 3. KİŞİSEL BİLGİ FORMU	113
EK 4.YETİŞKİNLER İÇİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ÖLÇEĞİ	114
EK 5. ÖLÇEK İZNİ	116
EK 6. YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU	117
EK 7. POZİTİF PSİKOTERAPİ SERTİFİKASI	118
EK 8. NİTEL ARAŞTIRMALAR KURSU KATILIM BELGESİ	119
ÖZGEÇMİŞ	121



ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 1.1. Gerçek Yetenekler.	15
Şekil 1.2. Yaşamın dört boyutu.	18
Şekil 1.3.Denge Modeli.	19
Şekil 1.4.Dörtlü Model Boyutları	21
Şekil 2.1. Consort 2010 akış diyagramı.	31
Şekil 2.2. Nicel verilerin analizinde kullanılan istatistiksel yöntemler.	44
Şekil 2.3 Nitel verilerin analiz aşamaları.	45



GÖRSEL LİSTESİ

Sayfa No

Görsel	1. Programın uygulandığı toplantı salonu	40
Görsel	2. “Beklenti ağacı”, 1.oturum programdan beklentilerin ortaya konulması egzersizi.....	42
Görsel	3. “ Duyguların ifadesi” , 5.oturum duygularla temas egzersizi	43



ÇİZELGE LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Çizelge 2.1. G-Power Analiz input/output verileri	27
Çizelge 2.2. Post-hoc G-Power Analiz input/output verileri	28
Çizelge 2.3. Araştırmada kullanılan YPDÖ'nün güvenirlik analizi sonuçları	33
Çizelge 2.4. Araştırmada kullanılan YPDÖ'nün normallik analizi sonuçları	34
Çizelge 2.5. Pozitif Psikoterapiye Dayalı Psikolojik Dayanıklılık Programının Oturum Tema ve Amaçları.....	39
Çizelge 3.1. Araştırmaya kapsamındaki hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı	47
Çizelge 3.2. Katılımcıların gruplarına göre psikolojik dayanıklılık ölçeği ve boyutlarının karşılaştırılması.....	49
Çizelge 3.3. Katılımcıların gruplarına göre psikolojik dayanıklılık ölçeği ve boyutlarının karşılaştırılması (ITT)	50
Çizelge 3.4. Deney grubu katılımcılarının zamana bağlı psikolojik dayanıklılık ölçeği ve boyutlarının karşılaştırılması	52
Çizelge 3.5. Deney grubu katılımcılarının zamana bağlı psikolojik dayanıklılık ölçeği ve boyutlarının karşılaştırılması (ITT)	53
Çizelge 3.6. Kontrol grubu katılımcılarının zamana bağlı psikolojik dayanıklılık ölçeği ve boyutlarının karşılaştırılması	55
Çizelge 3.7. Kontrol grubu katılımcılarının zamana bağlı psikolojik dayanıklılık ölçeği ve boyutlarının karşılaştırılması (ITT)	57
Çizelge 3.8. Katılımcıların gruplarına göre psikolojik dayanıklılık ölçeği ve boyutlarının grup*zaman etkileşimi yönünden karşılaştırılması	58
Çizelge 3.9. Katılımcıların gruplarına göre psikolojik dayanıklılık ölçeği ve boyutlarının grup*zaman etkileşimi yönünden karşılaştırılması (ITT).....	59
Çizelge 4.1. Nitel Görüşme Yapılan Kadınların Bireysel Özellikleri	68
Çizelge 4.2. İçerik Analizi Sonucunda Oluşturulan Ana tema, Alt Tema ve Kodlar	64

KISALTMALAR

PPT	Pozitif Psikoterapi
PPDDP	Pozitif Psikoterapiye Dayalı Dayanıklılık Programı
YPDÖ	Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği
ITT	Intention to treat analizi

ÖZET

POZİTİF PSİKOTERAPİYE DAYALI PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK PSİKOEĞİTİM PROGRAMININ HEMŞİRELERİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIKLARINA ETKİSİ VE DENGELİ YAŞAM BECERİLERİ

Seda ÖNER

Düzce Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı

Doktora Tezi

Danışman: Doç.Dr. Aysel KARACA

İkinci Danışman: Doç.Dr. Nuriye YILDIRIM ŞİŞMAN

Şubat 2024, 120 sayfa

Bu araştırma, Pozitif Psikoterapiye Dayalı Psikolojik Dayanıklılık Programının hemşirelerin psikolojik dayanıklılıklarına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma, randomize kontrollü ve fenomolojik (olgu bilim) desende karma bir çalışma olarak yürütülmüştür. Araştırmada, ön test-son test-izlem yaklaşımı ile randomize kontrollü deneysel araştırma tasarımı, hemşirelerin yaşam enerjilerini dengeli kullanma durumlarını ve dengeli yaşam becerilerini belirlemek amacıyla niteliksel yöntemlerden “derinlemesine görüşme tekniği” kullanılmıştır. Araştırma Mayıs 2023-Aralık 2023 tarihleri arasında Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi’nde yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini, yapılan güç analizi sonucunda çalışmaya katılmayı kabul eden ve örnekleme alınma kriterlerini taşıyan toplam 66 hemşire (müdahale grubu=31, kontrol grubu=35) oluşturmuştur. Araştırmanın nicel verileri “Kişisel Bilgi Formu” ve “Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği” ile ön test-son test ve izlem testi şeklinde toplanmıştır. Nitel veriler programı tamamlayan 14 gönüllü hemşire ile derinlemesine görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Araştırmanın nicel verilerinin analizi SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 programı paket programı üzerinden yapılmıştır. Yapılan analizler sonucunda, Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği alt boyutlarında aile uyumu alt boyutunda deney grubunda; gruplar arası, zamana göre ve grup zaman etkileşimi yönünden anlamlı fark bulunmuştur. Gelecek algısı ve sosyal yeterlilik alt boyutlarında deney grubunda zamana göre ve grup zaman etkileşimi yönünden anlamlı sonuçlar ortaya çıkmıştır. Psikolojik dayanıklılık toplam puanında gruplar arası düşük, deney grubunda zamana göre yüksek düzeyde anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Nitel verilerin analizinde katılımcıların ifadeleri hiç değiştirilmeden bilgisayar ortamında deşifre edilmiştir. Kodlar anlam bütünlüğüne göre gruplandırılmış ve bu kodları temsil edebilecek, ana tema ve alt temalar oluşturulmuştur. Yaşam dengesi, gerçek yetenekler, anahtar çatışma, zorlayıcı yaşam olayları, programın genel değerlendirilmesi ve 5 yıl sonra olarak toplam 6 ana temaya ulaşılmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda Pozitif Psikoterapiye Dayalı Psikolojik Dayanıklılık Programının hemşirelerin psikolojik dayanıklılık geliştirmesinde ve dengeli yaşam becerilerini öğrenme ve kullanma konusunda etkin olduğunu düşünülerek, programın hemşirelerin psikolojik dayanıklılığını artırma ve dengeli yaşam becerileri öğrenebilmeleri için kullanılması önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Dengeli yaşam becerileri, Psikiyatri hemşireliği Psikolojik dayanıklılık, Pozitif Psikoterapi.

ABSTRACT

THE EFFECT OF RESILIENCE PSYCHOEDUCATION PROGRAM BASED ON POSITIVE PSYCHOTHERAPY ON NURSES' RESILIENCE AND BALANCED LIFE SKILLS

Seda ÖNER

Düzce University

Graduate School of Education, Department of Nursing

Doctoral Thesis

Supervisor: Assoc. Prof. Aysel KARACA

Second Supervisor: Assoc. Prof. Dr. Nuriye YILDIRIM ŞİŞMAN

February 2024, 120 page

This study was conducted to determine the effect of Positive Psychotherapy Based Resilience Program on the resilience of nurses. The research was designed as a mixed randomized controlled and phenomenological study. In the study, randomized controlled experimental research design with pretest-posttest-follow-up approach, "in-depth interview technique" from qualitative methods was employed to determine nurses' balanced utilization of life energies and balanced life skills. The research was conducted between May 2023 and December 2023 at Düzce University Research and Application Hospital. The sample of the study consisted of 66 nurses (intervention group=31, control group=35) who consented to participate in the study as a result of the power analysis and fulfilled the sampling criteria. The quantitative data of the study were collected through "Personal Information Form" and "Resilience Scale for Adults" as pre-test, post-test and follow-up test. Qualitative data were obtained through in-depth interviews with 14 volunteer nurses who completed the program. The quantitative data of the study were analyzed through SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 software package. As a result of the analyses, in the sub-dimension measurements of the Resilience Scale for Adults, there was a significant difference in family harmony in the experimental group, between groups, in terms of time and group-time interaction. In the total score of resilience, there was a low significant difference between the groups and a high significant difference in the experimental group according to time ($p<0.05$). In the analysis of qualitative data, the statements of the participants were deciphered in the computer environment without any change. The codes were grouped according to the integrity of meaning and main themes and sub-themes were formed to represent these codes. A total of 6 main themes were reached: life balance, genuine abilities, key conflict, challenging life events, general evaluation of the program and 5 years later. In line with these results, it is believed that the Positive Psychotherapy-Based Resilience Program is effective in developing resilience of nurses and learning and utilizing balanced life skills, and it is recommended that the program should be implemented to increase the resilience of nurses and assist them to develop balanced life skills.

Key Words: Balanced life skills, Psychiatric nursing, Resilience, Positive psychotherapy.

EXTENDED ABSTRACT

THE EFFECT OF RESILIENCE PSYCHOEDUCATION PROGRAM BASED ON POSITIVE PSYCHOTHERAPY ON NURSES' RESILIENCE AND BALANCED LIFE SKILLS

Seda ÖNER

Duzce University
Graduate School of Education, Department of Nursing
Doctoral Thesis

Supervisor: Assoc. Prof. Aysel KARACA
Second Supervisor: Assoc. Prof. Dr. Nuriye YILDIRIM ŞİŞMAN
February 2024, 120 page

1. INTRODUCTION

It is stated that resilience is an essential phenomenon especially for nurses who encounter numerous risk factors in their professional life, who provide professional care services to patients in difficult situations and in need, and who have to provide comfort to the patients. Nurses who are more psychologically resilient will be healthier individuals both mentally and physically. This will ultimately have a positive impact on service quality and quality of care. Therefore, there is a need for scientific, evidence-based and implementable interventions that will increase the resilience of nurses. One of these methods is Positive Psychotherapy. Three basic principles have been identified in Positive Psychotherapy. These are the principles of balance, hope and consultation. According to Positive Psychotherapy, each individual lives their life in four dimensions: body, success, relationship and future/spirituality.

2. MATERIAL AND METHODS

The research was designed as a mixed randomized controlled and phenomenological study. In the study, randomized controlled experimental research design with pretest-posttest-follow-up approach was employed to determine the effect of the Positive Psychotherapy-Based Resilience Program on the resilience of nurses, and "in-depth interview technique" from qualitative methods was employed to determine the balanced utilization of life energies and balanced life skills of nurses. Gpower 3.1 program was utilized to determine the number of nurses in the experimental and control groups and the minimum sample size was obtained as 58. The number of participants for each group was determined as 29. The number of drop outs (those who did not proceed with the study)

was calculated as 14 and the sample size was determined as 36 for each group. The study was completed with a total of 66 participants, 31 in the experimental group and 35 in the control group. In the data collection phase, the "Personal Information Form" developed by the researcher and the "Resilience Scale for Adults" were utilized to assess the resilience level of nurses. Positive Psychotherapy-Based Resilience Program was developed by the researchers and finalized after expert opinion. The resilience scale for adults was implemented to the nurses in the study before, after and 3 months after the program. The data obtained in the study were analyzed through free trial version of SPSS Statistics (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 program. Descriptive statistical methods (number, percentage, median, mean, standard deviation) were utilized to evaluate the data. Chi-square analysis was conducted to test the homogeneity of the groups. The data used were tested for conformity to normal distribution. Compliance with normal distribution was examined with Q-Q Plot drawing. For the comparison of quantitative data in normally distributed data, independent t-test was performed for the difference between two independent groups, and for the comparison of more than two dependent stages, repeated measures analysis of variance was employed, and Bonferroni was utilized to identify the stage that resulted in a difference. In the analyses, statistical significance was interpreted at the level of 0.05; in case of $p < 0.05$, it was stated that there was a significant difference, and in case of $p > 0.05$, it was stated that there was no significant difference. Intention to treat analysis was conducted to substitute the missing data. The sample group for the qualitative dimension of the study consisted of nurses who completed the Positive Psychotherapy-Based Resilience Program. Nurses who volunteered after the program were included in the interviews. The number of participants was determined according to the "data saturation" principle valid in qualitative research. In this direction, in-depth interviews were conducted with 14 nurses. In the interview, a semi-structured information form was employed to evaluate the participants' views on learning the balanced life skills necessary to achieve balance in life after the program and their opinions about the program. The data collected verbally and in writing for each question in the semi-structured interview form were transferred to the computer environment without changing the observation notes taken during the interview. First, the statements of the participants were read over and over again without any change and the statements that fell into meaningful categories were labeled with codes and sub-codes. Then, the codes obtained from all interviews were subjected to cross-examination (by the researcher and the thesis advisor) to identify

similarities and differences. The codes were grouped according to the integrity of meaning and themes and sub-themes were formed to represent these codes.

3. RESULTS AND DISCUSSIONS

As a result of the evaluation of quantitative data; when the comparison of the Resilience Scale for Adults and the dimensions were examined according to the groups of the participants; a significant difference was detected in the experimental group in the post-test in the sub-dimension of family harmony according to the groups of the participants ($p<0.05$) and it was observed that it had a moderate effect size (Cohen's $d=0.500$). A statistically low significant difference was observed in the total score of the scale in the experimental group ($p=0.014$). In the comparison of the scores of the sub-dimensions of the Resilience Scale for Adults according to the time of the nurses in the experimental and control groups, significant results were recorded in the future perception, structural style, social competence, and family harmony sub-dimensions in the intervention group ($p<0.05$). In the analysis conducted throughout the Resilience Scale for Adults, highly significant differences were detected between the pre-test, post-test and follow-up test scores ($p<0.001$) and the effect size was calculated as 26.4%. When the comparison of the time-dependent resilience scale and dimensions of the control group participants was examined, the results were not statistically significant ($p>0.05$). In the comparison of the resilience scale and the dimensions according to the groups of the participants in terms of group-time interaction; statistically significant differences were observed between groups and in terms of time in the structural style sub-dimension ($p<0.05$). In the overall Resilience Scale, a significant result was obtained in terms of time and group*time interaction. In other dimensions, especially in the Future Perception and Social Competence dimensions, significant results were obtained for group and time interaction ($p<0.05$). This indicates the time-varying effect of the intervention on these dimensions and the differences between the groups. As a result of the evaluation of the qualitative data, a total of six main themes emerged, including the nurses' post-program balanced life skills and their opinions about the program. In the main theme of life balance; and in the sub-themes of body, success, relationship and meaning/spirituality, it was observed that the nurses' awareness was raised and they took concrete steps regarding the area they deemed problematic and started to recognize their own resources to achieve balance in life. In the main theme of genuine abilities, it was unearthed that nurses realized their

overdeveloped or underdeveloped capacities and formed new perspectives on these capacities. In the main theme of challenging life events, it was observed that nurses gained awareness about which capacities were activated when they were triggered and their emotions and behaviors in these situations. In the main theme of key conflict, it was revealed that nurses realized their reactions to challenging life events and took action to provide more balanced responses. In the main theme of evaluation of the program, the nurses noticed the general gains related to the training, their awareness of themselves, the effects on behavior change, the effects on their relationships, and the effects on the balance model. In the main theme of five years later, it was determined that positive predictions about themselves such as happier, healthier, more peaceful, more understanding were formed.

4. CONCLUSION AND OUTLOOK

In conclusion, the Positive Psychotherapy-Based Resilience Program was determined to be effective in developing resilience in nurses and in learning and practicing balanced life skills. It is recommended to implement the Positive Psychotherapy-Based Resilience Program to increase the resilience of nurses.

1. GİRİŞ

Psikolojik dayanıklılık, bireyin karşılaştığı zorluklar, stres, travma veya yaşamın zorlayıcı durumlarıyla yüzleşirken duygusal, zihinsel ve davranışsal yönden esneklik sergileme yeteneği olarak ifade edilmektedir. Bu yetenek, olumsuz durumlarla etkili bir şekilde başa çıkabilme ve bu süreçten güçlenerek çıkabilme kapasitesini içerir. Aynı zamanda, bireyin değişen koşullara uyum sağlama, öğrenme ve büyüme yeteneği olarak da tanımlanmaktadır. Psikolojik dayanıklılık, yılmazlık, dirençlilik, esneklik ve sağlamlık anlamlarında da kullanılmaktadır [1], [2]. Psikolojik dayanıklılık sadece zorluk, belirsizlik veya çatışma durumuna karşı gösterilen pozitif bir tepkiyi değil, günlük yaşamda karşımıza çıkan beklenmedik durumlara adapte olmayı, esneklik gösterebilmeyi, uyum sağlayabilmeyi ve değişime açık olmayı sağlayan bir beceri olarak ifade edilmektedir [3].

Psikolojik dayanıklılığı yüksek kişilerin değişime uyum sağlama, engeller karşısında mücadele etme konusunda daha başarılı oldukları ve daha az duygusal tükenme yaşadıkları belirtilmektedir [4]. Bireylerin iş yaşamlarındaki potansiyel riskler ve sahip oldukları koruyucu faktörler, psikolojik dayanıklılıklarını önemli ölçüde etkileyebilmektedir. Özellikle sağlık hizmetlerinde, atılan her adımın ve yapılan her girişimin, doğrudan insan hayatına veya yaşam kalitesine etkisi büyük olmaktadır. Sağlık çalışanları, ruhsal olarak zorlayıcı durumlarla karşılaşma ve yoğun çalışmanın neden olduğu fiziksel yorgunluğun psikolojik etkileri ile baş etme konusunda oldukça yüksek düzeyde maruziyete sahiptirler [5]. Özellikle iş yaşamında birçok risk faktörüyle karşılaşan, her koşulda zor durumda ve gereksinimi olan hastalara profesyonel bakım hizmeti sunmak, hastayı rahatlatmak zorunda olan hemşireler için de psikolojik dayanıklılığın önemli bir kavram olduğu belirtilmektedir. Psikolojik dayanıklılık hemşireler için ruh sağlığı açısından koruyucu bir faktör olarak görülmektedir [4].

Hemşireler, rolleri gereği hem mesleki uygulamaları hem de çalışma ortamları nedeniyle zorluklarla karşı karşıya kalabilirler. Hemşireler insanlara en savunmasız anlarında bakım verdikleri için, zayıflatıcı hastalıklarla, feci yaralanmalarla ve yaklaşan ölümle karşı karşıya kalan hastalara ve ailelere maruz kalırlar. Sınırsız sevinç, çalkantılı belirsizlik ve hayal bile edilemeyecek acı, korku ve kayıpların yaşandığı aşırı duygusal zamanlarda insanlara destek olmaktadır. Hemşirelik mesleği hem fiziksel hem de duygusal olarak

zorlayıcıdır ve işin doğasında yer alan bu zorluklar nedeniyle şefkat yorgunluğu, tükenmişlik ve hatta ikincil travma sonrası stres ortaya çıkabilmektedir [6]. Dayanıklılığın hemşireleri duygusal tükenmeden koruma, umudu arttırma ve stresi azaltma özellikleri sayesinde işten ayrılma oranlarını da azalmaktadır [7], [8].

Hemşirelerin dayanıklılığının artırılması hem çalışanlar, hem işverenler hem de hastalar için büyük önem taşımaktadır [9]. Hemşire dayanıklılığını etkileyen faktörler büyük ölçüde bilinmemekte ve hemşire dayanıklılığının kurumlar ve hastalar üzerindeki etkisine ilişkin çok az kanıt bulunmaktadır [10].

Bireyi psikolojik olarak güçlendirmeye yönelik girişimlerin amacı, stresörlerin etkilerini azaltmak ve bireyin stresle başa çıkma yanıtını değiştirmektir. Bu süreç, bireyin bilişsel olarak yeniden yapılandırılmasını, beklentileri gözden geçirmesini ve yeni hedefler belirleme süreçlerini içermektedir. Zorlayıcı yaşam olaylarına karşı her birey farklı reaksiyonlar üretebilir. Eğer stresör kontrol edilebilir veya kaçınılabilirse, birey aktif baş etme yöntemlerine, stresör kaçınılmaz veya kontrol edilemezse, birey pasif baş etme stratejileri olan kaçınma veya hareketsiz kalma yolunu seçebilir. Başka bir ifadeyle, bireyi psikolojik olarak güçlendirmenin hedefi, bireyin stresle başa çıkma becerilerini artırarak, stresli durumlarla daha etkili bir şekilde başa çıkabilmesini sağlamaktır [11]. Bireyi güçlendirmeye yönelik kuramsal yaklaşımlardan biri olan Pozitif Psikoterapi, semptomların işlevini, kaynakları, değerleri ve umutları pozitif yorum yolu ile bireye yansıtarak güçlenme sağlayan bir psikoterapi yaklaşımıdır [12].

Psikoterapinin gelişimi ile birlikte, sadece kısıtlayıcı ilkeler ve rahatsızlıklara odaklanmanın yetersiz olduğu anlaşılmıştır. Bu noktada terapiler, insan doğasındaki yetenek ve meziyetlere odaklanma gerekliliğini vurgular hale gelmiştir. Gün geçtikçe, bireyin güçlü yanlarına ve mevcut yeteneklerine odaklanan bu terapi yöntemlerine duyulan ihtiyaç artmaktadır. Bu yöntemlerden birisi de Pozitif Psikoterapidir [13]. Pozitif psikoterapi (PPT); Nossrat Peseschkian (1933-2010) tarafından 1968'den sonra Almanya'da geliştirilen ve 1977'ye kadar farklılaşma analizi olarak adlandırılan hümanist bir psikodinamik psikoterapi yöntemidir [14], [15]. Peseschkian, Pozitif Psikoterapi'de üç temel ilke belirlemiştir. Bunlar denge, umut ve konsültasyon ilkeleridir. Pozitif Psikoterapiye göre her birey yaşamını beden, başarı, ilişki ve gelecek/maneviyat olmak üzere dört boyutta yaşamaktadır [16].

Hemşirelik mesleği, insan yaşamını doğrudan etkileyen, buna bağlı olarak doğasında

riskler bulunduran oldukça hassas ve özel bir meslektir. Söz konusu risklerle birlikte, yoğun çalışma koşulları, iş yükü, yetersiz ücretler ve çoğunlukla hasta, yardıma muhtaç, bakım ihtiyacı olan bireye bakım vermenin getirdiği risklerde hemşireler için gündemdedir. Hemşireler mesleğin getirdiği zorlanmalarla birlikte kendi bireysel ve ilişkisel sorunlarına da çözüm yolu aramaktadır [8], [10], [17]. Çoğunlukla iş yoğunluğunun getirdiği yoğun tempo ve yorgunluk özel yaşamlarında denge sağlamak için ihtiyaçları olan enerjiyi tüketmektedir. Kendi bireysel ihtiyaçlarına, öz bakım, aile ilişkileri ve sosyal hayat gibi yeterince zaman harcayamayan hemşireler bu koruyucu faktörlerden faydalanmadıkları için bir çok anlamda risk altında kalmaktadırlar. Bu yüzden hemşirelerin psikolojik olarak güçlendirilmesi ve bunu sağlayabilmek için dengeli yaşam becerileri öğrenmeleri önemlidir. Yaşamda enerjisini sağlıklı olarak yönlendirebilen hemşirelerin hem kendi bireysel ihtiyaçlarının farkına varabilmesi ve hem de iş yaşamının getirdiği yükleri farkedip gerekli önlemleri alması önemlidir. Çoğunlukla enerjisini performans alanına veren hemşirelerin kendileri ve sosyal çevrelerine enerji vermeye başlamaları onları yaşamda daha dayanıklı bireyler haline getirebilir [18]. Psikolojik olarak daha dayanıklı hemşireler hem ruhsal hem de bedensel olarak daha sağlıklı bireyler olabileceklerdir. Bu da dolaylı olarak hizmet kalitesi ve bakımın kalitesini olumlu yönde etkileyecektir. Bu nedenle hemşirelerin psikolojik dayanıklılığını arttıracak, bilimsel, kanıta dayalı ve uygulanabilir müdahalelere ihtiyaç vardır [19], [20]. ErKayıran (2022) hemşirelerle yürüttüğü 8 haftalık duygu düzenleme eğitimi sonrasında hemşirelerin duygu düzenleme, psikolojik dayanıklılık, başetme ve benlik saygısının arttığını bulmuştur [21]. Benzer şekilde literatürde hemşirelerin psikolojik dayanıklılığını artırmak ve stress, tükenmişlik gibi ruhsal semptomları azaltmaya yönelik çeşitli çalışmalar mevcuttur [8], [9], [17], [22], [23]. Pozitif psikoterapinin temel ilkeleri doğrultusunda hazırlanan 8 haftalık psikolojik dayanıklılık programı bu amaçla hazırlanmıştır. Program sonunda hemşirelerin psikolojik dayanıklılıklarının artması beklenmektedir. Ayrıca bu programa katılan hemşirelerin yaşam enerjilerini dengeli dağıtabilmeleri için gerekli olan yaşam becerilerini öğrenmeleri ve uygulamaları beklenmektedir. Araştırma sonuçları hemşirelik ve Pozitif Psikoterapi literatürüne katkı sağlayacaktır. Bu araştırma, Pozitif Psikoterapiye Dayalı Psikolojik Dayanıklılık Programının hemşirelerin psikolojik dayanıklılıklarına etkisini ve hemşirelerin dengeli yaşam becerilerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

1.1. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ VE ARAŞTIRMA SORUSU

Araştırma hipotezleri

Ho: Hemşirelere uygulanan Psikolojik Dayanıklılık Programı sonucu psikolojik dayanıklılık puan ortalamaları arasında fark yoktur.

- a. Psikolojik dayanıklılık puan ortalamaları yönünden gruplar arasında fark vardır.
- b. Psikolojik dayanıklılık puan ortalamaları yönünden zamana göre fark vardır.
- c. Psikolojik dayanıklılık puan ortalamaları yönünden zaman ve gruplar arasında etkileşim vardır.

Araştırma sorusu

Program sonrası hemşirelerin dengeli yaşam becerilerini algılamaları nasıldır?

1.2. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma; Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde çalışan hemşirelerle sınırlıdır. Diğer sınırlılık ise, hazırlanan programın uygulamasına uyumlarının hemşirelerin beyanına bağlı olmasıdır.

1.3. PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK

Psikolojik dayanıklılık kavramı; kökeni Latinceye dayanan “resiliens” kelimesinden türemiştir. İngilizcede “resilience” kelimesini "değişim ya da talihsizlikten kurtulma ya da kolayca uyum sağlama yeteneği" olarak tanımlanmakla birlikte, "hastalık, depresyon, değişim ya da talihsizlikten hızla kurtulma yeteneği; kaldırma kuvveti; bir malzemenin büküldükten, gerildikten ya da sıkıştırıldıktan sonra orijinal şekline ya da konumuna dönmesini sağlayan özelliği; esneklik" olarak da tanımlamaktadır [24].

“Resilience” kelimesinin anlamı konusunda yabancı sözlüklerde tam bir uzlaşısı görülememektedir. Aynı durum, ülkemiz araştırmalarında da gözlemlenmektedir. Ülkemizde yapılan araştırmalarda psikolojik dayanıklılık kavramı için “yılmazlık”, “kendini toparlama gücü” ve “psikolojik dayanıklılık” kavramları kullanılmıştır. Psikolojik dayanıklılık (%38.69) kavramı ve psikolojik sağlamlık (%35.03) kavramının birbirine yakın oranda olduğu araştırma sonucunda bulunmuştur [25], [26]. Benzer

şekilde Basım ve Çetin (2011) Türkçe literatürde dil birliğinin sağlanması amacıyla yaptıkları araştırma sonucunda 'Resilience' kavramını en iyi açıklayan Türkçe karşılığın 'Psikolojik dayanıklılık' olduğunu belirtmişlerdir [1].

Dayanıklılığın çok çeşitli ve bol miktarda tanımı bulunmaktadır. Bazı araştırmacılar bunu stresli koşullara olumlu bir şekilde uyum sağlama yeteneği olarak tanımlarken bazıları ise; devam eden strese rağmen işlevsel olarak istikrarlı ve iyi kalabilmek olarak tanımlamıştır. Amerikan Psikoloji Derneği dayanıklılığı, zor deneyimlerden 'geri dönme' ve ' sıkıntı, travma, trajedi, tehditler veya önemli stres kaynakları karşısında iyi uyum sağlama' süreci olarak tanımlamaktadır [3], [4], [19].

Troy ve arkadaşları (2023) psikolojik dayanıklılığı açıklayan süreçler üzerine yaptıkları araştırma sonucunda iki ana kaynağa yönelmişlerdir:

1. Stres ve başa çıkma yaklaşımı
2. Duygu ve duygu düzenleme yaklaşımı.

Her iki yaklaşım da önemli iç görüler sağlamıştır ancak kavramsal netlik eksikliği ve iki yaklaşımın entegrasyon eksikliği ile sınırlı bulmuşlardır. Araştırmacılar her iki yaklaşımın tamamlayıcı güçlü yönlerinden yararlanan bütünleştirici bir etki-düzenleme çerçevesi önermektedirler [27].

Psikolojik dayanıklılık sadece zorluk, belirsizlik veya çatışma durumuna karşı gösterilen pozitif bir tepkiyi değil, günlük yaşamda karşımıza çıkan beklenmedik durumlara adapte olmayı, esneklik gösterebilmeyi, uyum sağlayabilmeyi ve değişime açık olmayı sağlayan bir beceri olarak ifade edilmektedir [3]. Dayanıklılık bir özellik, bir süreç ve bir sonuç olarak tanımlanmıştır. Bir kişilik özelliği olarak düşünüldüğünde, dayanıklılık zaman içinde sabit ve karardır. Oysa dinamik bir süreç olarak görüldüğünde, dayanıklılık yaşam boyunca gelişebilir, bağlam ve zamana göre değişebilir. Dayanıklılığın karmaşık doğasının göz önünde bulundurulması, bireysel özelliklerin ötesinde biyolojik, sosyal ve kültürel süreçler de dahil olmak üzere dinamik bir süreç görüşünü ortaya çıkarmıştır [28]. Psikolojik dayanıklılıkla ilgili kuramsal çerçeve tam olarak oturtulamamıştır. Richardson (2002) önerdiği metateoride dayanıklılık kavramını üç boyutta sınıflandırmaya çalışmıştır. İlk boyutta, insanların yüksek riskli durumlarla başa çıkmalarına veya aksiliklerden sonra "geri dönmelerine" yardımcı olan iç ve dış dayanıklı nitelikleri tanımlama arayışındır. Psikolojik dayanıklılık süreci olarak adlandırabileceğimiz ikinci boyutta, dayanıklı niteliklerin veya koruyucu faktörlerin tanımlanması, güçlendirilmesi ve zenginleştirilmesi ile sonuçlanacak şekilde sıkıntı, değişim veya fırsatlarla başa çıkma

süreci olarak tanımlanmıştır. Üçüncü boyutta ise, kişinin kendi kapasitelerini ortaya çıkardığı ve travmatik yaşantıdan sonra, kendini gerçekleştirme yolunda ilerlediği vurgulanmaktadır [29].

Friborg ve arkadaşları (2005) psikolojik dayanıklılığı bir model aracılığıyla altı temel boyutta açıklamışlardır. Bu boyutlar, hem bireyin içsel özelliklerini hem de dışsal çevresel faktörleri içermektedir. Bu boyutlar:

1. **Kendilik Algısı:** Bu boyut, bireyin kendisi hakkındaki algısını ve değerlendirmesini içerir. Pozitif bir kendilik algısı, bireyin kendi güçlü yönlerini ve başa çıkma becerilerini tanımasına ve bu özellikleri kullanmasına olanak tanır.
2. **Gelecek Algısı:** Gelecek algısı, bireyin gelecek hakkındaki inançlarını ve beklentilerini kapsar. Olumlu bir gelecek algısı, bireyin zorlukları aşabileceği ve olumlu sonuçlara ulaşabileceği inancını yansıtabilir.
3. **Yapısal Stil:** Bu boyut, bireyin olaylara, streslere ve zorluklara yaklaşma şeklini ifade eder. Pozitif bir yapısal stil, esneklik, uyum ve çözüm odaklı bir yaklaşımı içerebilir.
4. **Sosyal Yeterlilik:** Sosyal yeterlilik, bireyin sosyal ilişkilerde başarılı olma ve etkileşimde bulunma yeteneğini ifade eder. Sağlam sosyal becerilere sahip olmak, destek sistemlerini güçlendirebilir.
5. **Aile Uyum:** Bu boyut, bireyin ailesiyle ilişkilerini ve aile içindeki destek sistemini kapsar. Sağlıklı aile uyumu, bireyin duygusal dayanıklılığını olumlu yönde etkileyebilir.
6. **Sosyal Kaynaklar:** Sosyal kaynaklar, bireyin dış çevresinden aldığı destekleri ifade eder. Güçlü sosyal ağlar ve destekleyici çevre, zorluklarla başa çıkmada önemli bir etken olabilir.

Bu altı boyutlu model, psikolojik dayanıklılığı kişisel ve çevresel faktörleri birleştirerek ele alır. Bireyin kendi içsel özellikleriyle birlikte, ailesi, sosyal çevresi ve diğer dışsal destek sistemleri aracılığıyla güçlenmesi sağlanır. Bu şekilde, psikolojik dayanıklılık, bireyin hem kendi iç dünyası hem de dış çevresiyle etkileşim içinde olduğu bir bütünsellik perspektifiyle ele alınmış olur [1], [30].

Sonuç olarak, bir bireyin dayanıklılığı karakterinin bir özelliği ya da bir kişilik özelliği olarak görülmemektedir. Bireyin psikolojik özellikleri dayanıklılığına katkıda

bulunurken, aynı zamanda çeşitli dış ve çevresel faktörlerden de etkilenir. Örneğin, zorlu bir olay meydana geldiğinde, bireyin başa çıkmak için sahip olduğu finansal, sosyal ve fiziksel kaynaklar ne kadar dayanıklı olduklarını ve ne kadar çabuk toparlanabileceklerini etkileyecektir [20], [31].

1.4. PSİKOLOJİK DAYANIKLILIĞI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Psikolojik sağlamlık kavramı, genellikle literatürde çeşitli tanımlarda ortak olarak üç temel noktada vurgulanmaktadır: risk ve/veya zorluk, olumlu uyum gösterme, baş etme, yeterlik ve koruyucu faktörlerdir [26].

1.4.1. Risk Faktörleri

Psikolojik dayanıklılığın temelinde, bireyin hayatında karşılaştığı riskler, stresler ve zorluklar yer almaktadır. Bu faktörler, bireyin yaşamındaki potansiyel tehlikeleri, kaygı verici durumları veya olumsuz olayları ifade eder. Psikolojik dayanıklılık, bu risk ve zorluklara karşı direnç gösterme ve başa çıkma kapasitesini içerir. Yoksulluk, ebeveynlerdeki psikopatolojik durum ya da hastalıklar, genetik bozukluk, cinsel taciz, boşanma, doğal afetler ve terör risk faktörleri olarak sayılabilir [26], [32].

1.4.2. Olumlu Uyum Gösterme, Baş Etme, Yeterlik

Bu nokta, bireyin karşılaştığı zorluklarla başa çıkma yeteneğini ve olumlu uyumu ifade eder. Psikolojik dayanıklılık, bireyin stresli durumlarla başa çıkma becerilerini, problem çözme yeteneklerini, duygusal dengeyi ve adaptasyon yeteneğini içerir. Birey, zorluklarla karşılaştığında olumlu bir uyum gösterir ve yaşamın çeşitli alanlarında yeterlilik sergiler [26].

1.4.3. Koruyucu (Protective) Faktörler

Koruyucu faktörler, bireyin psikolojik sağlamlığını güçlendiren ve olumsuz etkilere karşı koruyucu olan faktörler; destekleyici sosyal ağlar, güçlü ilişkiler, olumlu sosyal çevre, içsel kaynaklar ve pozitif özellikler gibi unsurları içerebilir. Bireysel koruyucu faktörler; zeka, akademik başarı, olumlu veya kolay mizaç, iç kontrol odağı, benlik saygısı ve öz-yeterlik, kişisel farkındalık ve kendini kabul, özerklik, yaşam hedeflerinin olması ve gelecek için olumlu beklentiler, etkili problem çözme becerileri, iyimserlik ve umut, sosyal yetkinlik, mizah duygusuna sahip olma, sağlık, cinsiyet, yaş, ailesel koruyucu

faktörler; destekleyici anne/baba ya da bir aile üyesiyle olumlu ilişkiler, çocuğa yönelik yüksek ve gerçekçi beklentiler, çevresel koruyucu faktörler; sosyal çevredeki destekleyici bir yetişkinle olumlu ilişkiler, akran/arkadaş desteği, etkili toplumsal kaynaklar olarak sıralanmıştır [26], [33].

Earvalino (2007) psikolojik dayanıklılık için tanımlayıcı nitelikleri belirlemek adına yaptığı çalışmada en çok rastlanılan ortak özellikleri aşağıdaki şekilde sıralamıştır;

- 1. Yeniden Toparlanma/Yeniden Bütünleşme:** Dayanıklılıkta, zorluklardan sonra geri dönme ve hayata devam etme niteliği mevcuttur. "Toparlanma" terimi dayanıklılık literatürünün her alanında tutarlı bir şekilde yer almakta ve olumlu bir yönelim ya da tepkiyi ima etmektedir. "Yeniden bütünleşme" çağdaş literatürde bulunan bir ifadedir ve bireyin düzenli bir rutine dönmek veya "normale dönmek" istediği kesinti veya sıkıntıdan sonraki süreci tanımlar [24].
- 2. Yüksek Beklenti/Özerklik:** Yüksek beklenti, yaşamda bir amaç ve başarı duygusudur (Benard, 1991). Bu amaç duygusu içsel ya da dışsal olabilir. Özerklik, yaşamdaki koşullar veya engeller ne olursa olsun, bireyin engellerin üstesinden geleceği ve başarılı olacağı duygusudur [24].
- 3. Olumlu İlişkiler/Sosyal Destek:** Bireyler için sosyal destek varlığı; en az bir akran veya aile üyesiyle anlamlı ilişki psikolojik dayanıklılık sonuçlarını olumlu etkilemektedir [24], [29].
- 4. Esneklik:** "Esneklik" terimi, uyum sağlama yeteneği, değişikliklere ayak uydurabilme, işbirlikçi, cana yakın ve hoşgörülü olma ve kolay bir mizaca sahip olma gibi kişilik özelliklerinin değişik kombinasyonlarıdır. Tüm dayanıklılık çalışmalarında, bu niteliklerin varyasyonları tekrar tekrar ortaya çıkmaktadır [24], [29].
- 5. Benlik Saygısı/Öz Yeterlilik:** Dayanıklılıkla ilişkili olarak öz saygı ve öz yeterlilik kavramları üzerine literatür oldukça geniştir. Öz saygı ve öz yeterlilik, dayanıklılığın birçok aşaması, biçimi ve seviyesiyle ilişkilendirilmektedir [24], [29].
- 6. Mizah Anlayışı:** Mizah duygusu, sıkıntıları hafifletme, başa çıkma mekanizmalarını geliştirme ve duygusal tepkilerin yoğunluğunu hafifletme becerisinde önemli bir rol oynamaktadır [24], [29], [33].

Fatih ve Çetin (2015) yukarıdaki çalışmaya benzer şekilde, kişilik özellikleri ve psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkiyi belirlemek için yaptıkları çalışma sonucunda; sırasıyla

dışadönüklük, nörotiklik, özdisiplin, gelişime açıklık ve uyumluluk özelliklerinin öne çıktığı belirlemiştir [3].

1.5. HEMŞİRELERDE PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Hemşirelerin işi insanlarla, hastalıklarla ve acılarla yakından ilgilidir ve onlar için dayanıklılık, işyeri stresörlerinin olumsuz etkilerini hafifleten [7] ve tükenmişlik sendromunu daha az olası hale getiren hayati derecede önemli bir niteliktir.[34] Bununla birlikte hemşireler hemşire açığı, hasta yoğunluğunun artması, yeni teknolojilerin yaygınlaşması, yasal gereklilikler, fiziksel ve psikolojik talepler ve etik ikilemler gibi daha modern sorunlarla da karşı karşıya kalmaktadır. Ekonomik sıkıntılara, işyerindeki zorluklara ve modern sorunlara rağmen, hemşireler halka hizmet etmeye ve az kaynakla olağanüstü işler yapmaya devam etmektedir, ancak işin stresi hemşirelerin işe devam etmesi için zorluklar yaratmaktadır. Sürekli değişen ve hemşirelerden çok şey talep eden zorlu iş yerleri, hemşirelerin akademik ve sağlık hizmeti ortamlarında dayanıklı olma becerilerini etkilemektedir. Hemşirelerin mesleki veya kişisel hedefleriyle uyumlu olmayan kurumsal hedefler, uygulama yaparken kendi içlerinde çatışmaya neden olur. [13].

Hemşirelik araştırmalarında, dayanıklılık terimi genellikle özellikle hemşirelerin yaşadığı mesleki zorluklarla ilişkilendirilir ve hemşirelerin iş yerinin talepleriyle başa çıkmasını sağlayan kişisel bir kapasite olarak görülür [20].

Hemşireler, rolleri gereği hem mesleki uygulamaları hem de çalışma ortamları nedeniyle zorluklarla karşı karşıya kalabilirler. Hemşireler insanlara en savunmasız anlarında bakım verdikleri için, zayıflatıcı hastalıklarla, feci yaralanmalarla ve yaklaşan ölümle karşı karşıya kalan hastalara ve ailelere maruz kalırlar. Sınırsız sevinç, çalkantılı belirsizlik ve hayal bile edilemeyecek acı, korku ve kayıpların yaşandığı aşırı duygusal zamanlarda insanlara destek olurlar. Hemşirelik hem fiziksel hem de duygusal olarak zorlayıcıdır ve işin doğası şefkat yorgunluğu, tükenmişlik ve hatta ikincil travma sonrası stresle sonuçlanabilir [6]. Dayanıklılık hemşireleri duygusal tükenmeden koruyabilir, umudu artırabilir, stresi azaltabilir ve işten ayrılmayı azaltabilir [7], [8].

Jackson, Firtko ve Edenborough (2007), yaptıkları literatür taramasında, dayanıklılığın hemşirelikte başarılı olmak için gerekli bir nitelik olduğunu, çünkü çalışma koşulların çok olumsuz olabileceğini açıklamaktadır. Dahası, bakım hemşirelerin işinin merkezinde

yer alırken, birçok hemşire öz bakımını ihmal etmektedir [35].

Jackson ve arkadaşları (2007) hemşirelerde dayanıklılık geliştirmek için beş strateji belirlemiştir:

- Ağlar ve mentorluk yoluyla olumlu profesyonel ilişkiler kurmak
- Kahkaha, iyimserlik ve olumlu duygular yoluyla pozitifliği sürdürmek
- Kişinin kendi risk ve koruyucu faktörlerini anlamak için duygusal iç görüş geliştirmesi
- Yaşam dengesini sağlamak ve kişinin yaşamına anlam ve tutarlılık kazandırmak için maneviyatı kullanmak
- Duygusal güce erişmeye yardımcı olan ve anlam oluşturmaya ve böylece mevcut çilenin ötesine geçmeye yardımcı olan daha yansıtıcı olmak [35].

Literatürde dayanıklılığa sahip olmanın en çok atıfta bulunulan sonuçları olumsuz psikolojik sonuçların önlenmesi, iş memnuniyetinin artması, iş gücünde kalma ve hasta bakım kalitesinin artmasıdır. Bu sonuçlar, bakım kalitesini olumsuz yönde etkileyecek küresel hemşire açığı tahminleri göz önüne alındığında önemlidir. Ayrıca, sağlıklı başa çıkma ve adaptasyon yoluyla dayanıklılık, tükenmenin etkilerinin hafiflemesine, kendinin ve başkalarının daha iyi farkına varılmasına ve özgüvenin artmasına yol açar. Farkındalık, atılganlık ve öz bakım, artan özerklik, gelişmiş eylemlilik ve hesap verebilirlik duygusu, bilgelik, profesyonel anlayış, refah duygusu, başkalaşım ve büyüme ve nihayetinde zenginleştirilmiş hemşirelik bakımı ortaya çıkar [10], [28].

Hemşire dayanıklılığının anlaşılması, hemşirelerin potansiyel sorunları tanımlamasına veya önlemesine proaktif olarak yardımcı olabilir, böylece iş kaynaklarını teşvik edebilir ve nihayetinde kişisel ve mesleki gelişim sağlayabilir. Hemşire dayanıklılığının artırılması, hemşirelerin duygusal tükenmeyi azaltmalarına, işe bağlılıklarını artırmalarına ve işyerindeki zorluklarla karşılaştıklarında işlevlerini geliştirmelerine yardımcı olabilir. Bu, hemşirelerin zorluklarla başa çıkma stratejileri oluşturmalarına ve iş taleplerinin etkilerini hafifletmelerine yardımcı olabilir [36].

Dayanıklılık, mevcut olduğunda ve sürdürüldüğünde hemşirelerin işyerindeki stres faktörlerine olumlu bir şekilde adapte olmalarını, psikolojik zarardan kaçınmalarını ve güvenli, yüksek kaliteli hasta bakımı sağlamaya devam etmelerini sağlayan karmaşık ve dinamik bir süreçtir. Dayanıklılığı sürdürmek için hemşirelerin kendi kaynaklarından (aile, arkadaşlar ve meslektaşlar dahil) yararlanmaları ve dayanıklılığı teşvik eden kurumsal koşullara ve desteğe sahip olmaları gerekir. Kişisel özellikler, sosyal ve işyeri

desteği bir arada olmazsa, hemşireler mesleğe devam etmekte zorlanacak ve muhtemelen işten ayrılacak ya da daha kötüsü psikolojik zarar grecektelerdir. Hemşirelerin dayanıklılığını sürdürmeye yönelik adımlar atılmazsa, hemşire açığının daha da artması ve hastalar için daha kötü sağlık sonuçlarına yol aması muhtemeldir [10].

Cooper ve arkadaşları (2020), hemşireler için dayanıklılığının tanımlayıcı özelliklerini oluşturmak için yaptıkları analiz sonucunda; literatürde en sık atıfta bulunulan altı temel tanımlayıcı özelliği; sosyal destek, öz yeterlilik, iş yaşam dengesi/öz bakım, mizah, iyimserlik ve gerçekçi olmak olarak bulmuşlardır. Bu zellikler aşağıda ayrıntılı olarak açıklanmaktadır: [37]

1) Sosyal destek: Hemşirelerde dayanıklılığı teşvik eden sosyal destekler literatürde sıklıkla tanımlanmıştır. Hemşirelerin aileye ve ailenin desteğine sahip olmaları onların sorunlarla ve etkili bir şekilde baş edebilmelerini sağlamaktadır [38], [39].

2) z yeterlilik: z yeterlilik, bireyin belirli bir durum veya faaliyette başarılı olabileceğine dair inancını ifade eder. Bireyin z yeterlilik algısı, katıldığı faaliyetleri etkileyecektir ve öz yeterlilik düzeyi yüksek olanların sebat etme ve başarılı olma olasılığı daha yüksektir [37], [40].

3) İş-yaşam dengesi/öz bakım: İş-yaşam dengesinin sağlanması ve öz bakım, esenlik için çok önemlidir. İş-yaşam dengesi, bireyin zamanını iş ile aile veya boş zaman aktiviteleri arasında blştrmesidir. İş-yaşam dengesi, zamanın iş ve iş dışı faaliyetler arasında eşit olarak bölündüğü anlamına gelmez, ancak zaman içinde değişebilir ve iş ve iş dışı faaliyetlerin uyumlu olduğu algısıdır [18]. z bakım; egzersiz, iyi beslenme, farkındalık, meditasyon ve sosyalleşme gibi çok çeşitli faaliyetleri içerir [29].

4) Mizah: Mizah yoluyla sıkıntıları hafifletme becerisi, hemşirelerin ve diğer sağlık çalışanlarının iş yerindeki stresle başa çıkmalarının bir yoludur ve dayanıklılık açısından koruyucu bir faktördür [41].

5) İyimserlik: İyimserlik, bireylerin gelecekle ilgili olumlu beklentilere sahip olma derecesidir. Hemşirelerde iyimserlik genellikle pozitif kalma ve zorluklarda olumlu olanı arama bağlamında ele alınmaktadır [20], [35], [42].

6) Gerçekçi olmak: Hemşirelerin de gerçekçi olmaları gerekir çünkü karşılaştıkları tüm durumların olumlu sonuçları olmayacağı açıktır. Gerçekçi olmak, nelerin başarılabilenleceği veya beklenebileceği konusunda pratik ve mantıklı bir fikre sahip olmak olarak tanımlanabilir. Bu, deneyimleri yeniden erevelendirmeyi, bakım verme konusunda gerçekçi beklentilere sahip olmayı, hayata dair gerçekçi bir bakış açısı geliştirmeyi ve gerçekçi hedef belirlemeyi içerir [43], [44].

1.6. POZİTİF PSİKOTERAPİ

Psikoterapinin gelişimi ile birlikte, sadece kısıtlayıcı ilkeler ve rahatsızlıklara odaklanmanın yetersiz olduğu anlaşılmıştır. Bu noktada terapiler, insan doğasındaki yetenek ve meziyetlere odaklanma gerekliliğini vurgular hale gelmiştir. Gün geçtikçe, bireyin güçlü yanlarına ve mevcut yeteneklerine odaklanan bu terapi yöntemlerine duyulan ihtiyaç artmaktadır. Bu yöntemlerden birisi de Pozitif Psikoterapidir [13].

Pozitif psikoterapi (PPT); Nossrat Peseschkian (1933-2010) tarafından 1968'den sonra Almanya'da geliştirilen ve 1977'ye kadar farklılaşma analizi olarak adlandırılan hümanist bir psikodinamik psikoterapi yöntemidir [14], [45]. İran'da doğup büyüyen Peseschkian, tıp eğitimini Almanya'da tamamladıktan sonra bu ülkeye yerleşmiş ve vefatına kadar (2010) çalışmalarına devam etmiştir. Bu aynı zamanda Pozitif Psikoterapinin kültürel boyutunu terapötik çalışmaya entegre etmesinin ve bunu yaparken önceden var olan yaklaşımların ötesine geçmesinin bir nedenidir [45]–[47].

Peschkian PPT'nin, bilimsel temellerini psikodinamik ve davranışsal psikolojiler ile psiko-somatik tıptan ve felsefi ilhamını Bahai inancının yazılarından alan, psikolojik iyileşmeye yönelik psikoterapik bir yöntem olarak tanımlamaktadır [48]. Pozitif Psikoterapi, birçok hümanist ve ruhani gelenekte bulunabilen "kendin ol" talebine hizmet etmektedir [47].

Nossrat Peseschkian'ın her zaman iki amacı vardı: profesyonellerin (psikoterapistler, doktorlar ve psikologlar) günlük klinik çalışmalarında kullanabilecekleri anlaşılır, kolay uygulanabilir, çatışma merkezli kısa vadeli bir terapi yöntemi ve meslekten olmayan kişiler için kendi kendine yardım konusunda erişilebilir bir araç geliştirmek. Kendi kültürlerarası yaşamı (İran – Almanya) nedeniyle Peseschkian, kültür veya sınıf ayrımı olmaksızın uygulanabilecek bir yöntem geliştirmek istemiştir [49].

Peschkian ve Remmers (2020) Pozitif Psikoterapinin uygulama alanlarını aşağıdaki gibi özetlemişlerdir:

- Psikosomatik rahatsızlıkların ve ruhsal bozuklukların tedavisi (terapötik yaklaşım).
- Danışmanlık hizmetleri, önleme ve eğitim çalışmaları (önleyici-pedagojik yaklaşım).
- Kültürlerarası anlayışın teşviki (kültürlerarası-toplumsal yaklaşım).

- Farklı terapötik methodların iş birliği ve bütünleştirilmesi (disiplinlerarası yaklaşım).[50]

1.7. POZİTİF PSİKOTERAPİNİN TEMEL TEZLERİ

Pozitif Psikoterapinin genel bakış açısını yansıtan dokuz temel tezini Sarı (2015) aşağıdaki şekilde özetlemiştir:

1. **Kendi Kendine Yardım:** Pozitif Psikoterapide terapi sürecinde amaçlardan birisi danışanın kendi kendinin terapisti olabilmesi için eğitilmesidir. Bu doğrultuda danışan bir öğrenme sürecinin içinden geçer ve öğrendiklerini kendisine ve ailesine uygulayabilir [46].
2. **Mikro-Travma Teorisi:** Pozitif Psikoterapiye göre kişinin günlük yaşamındaki çatışmalar kişiler için mikro-travmalar oluşturmaktadırlar. Bu travmalar kişilerin tam fonksiyonelliğini engellerler. Pozitif Psikoterapide mikrotravma modeli: tekrar eden küçük değer çatışmalarının birikim yapması nedeniyle bozukluklara ve hastalıklara yol açmasıdır. Bu yüzden Pozitif Psikoterapide çatışma çözümüne odaklanmak çok önemlidir [14], [46]
3. **Kültürlerarası Boyut:** Kültürlerarası yaklaşım Pozitif Psikoterapinin temel dayanaklarından biridir. Pozitif Psikoterapide kültür, yalnızca etiyolojik kavramsallaştırmada ek bir faktör olarak görülmez. Kültür için farkındalık yaratmak güçlendirme ve ilham verme açısından özelleştirilebilir bir boyut olarak görülür. PPT’de, hikayeler veya bilgelik kaynakları gibi geleneksel kaynaklar yoluyla kültürel problem çözme modelleri kullanılır [46], [47].
4. **İnsanın Biricikliği:** Pozitif Psikoterapi, her danışanın biricikliğini ön planda tutar ve bu biricikliğin içinde danışanın özel ihtiyaçlarına odaklanır. PPT bireylerin bedensel ve ruhsal sağlıkları, kendi özgün yaşantılarından, çevresiyle etkileşimlerinden ve çatışmalarından kaynaklanmaktadır. Bu nedenle, her danışanın çevresini ve ilişkilerini ele almak oldukça önemlidir [46].
5. **Hikâyelerin ve Metaforların Kullanılması:** Pozitif Psikoterapide hikayeler ve metaforlar danışanın içinde bulunduğu durumu anlamlandırması için kullanılan araçlardır. Terapinin herhangi bir aşamasında kullanılabilir [46].
6. **Pozitif Aile Terapisi,** bireyleri tek başına ele aldığı gibi, aile içindeki ilişki sistemini bütünsel bir perspektifle ele alarak çalışan bir terapi yaklaşımıdır.

Ailenin bir sistem olarak işlev gördüğüne inanarak, bireyler arasındaki ilişkilerin düzeltilmesi yoluyla olumlu değişikliklere odaklanır [16], [46].

7. **Pozitif Psikoterapi**, ırk, sosyoekonomik durum, dil veya eğitim düzeyi gibi farklılıkları aşmak için evrensel ve kapsayıcı bir terminolojiyi benimser [46], [50].
8. **Pozitif Psikoterapi**, kapsayıcı alt yapısı ile her türlü davranış bozukluğunun tedavisinde kullanılabilir [46].
9. **Meta-Teorik Boyut**: Pozitif Psikoterapi, çeşitli psikolojik kuramlardan etkilenmiş olup, bütüncül bir yaklaşım benimsemektedir [46], [51]. Bu yöntem, psikoterapinin ana yaklaşımlarını bütünleştirir ve diğer yöntemlerin tekniklerinin dahil edilebileceği pratik, kendi kendine yardım odaklı, beş aşamalı bir terapi sürecidir [49].

1.8. POZİTİF PSİKOTERAPİDE BAZI TEMEL KAVRAMLAR

1.8.1. Gerçek Yetenekler

Pozitif psikoterapi, klasik psikanalizin aksine, insanın sadece saldırganlık ve cinsellik dürtüleriyle hareket etmediğini tüm insanların doğası gereği iyi olduğunu belirtir [16]. İnsanın yaşamında kapasitelerinin ve yeteneklerinin önemli olduğunu savunur. Pozitif psikoterapi, insanın iki temel kapasite ile dünyaya geldiğini belirtir. Bu kapasiteler sevmek ve bilme kapasitesidir ve doğuştan getirilmiştir. Sevmek kapasitesi insanın daha çok duygusal yönüyle ilgiliyken bilme kapasitesi ise davranışsal yönleriyle ilgidir [13], [46], [52].

Pozitif Psikoterapi’de, tüm modeller ve kavramlar bu sevmek ve bilme kapasitelerinden türetilir ve detaylandırılır. En geniş anlamda Pozitif Psikoterapi'nin kapasite fikri ile psikanalitik libido varsayımı arasında bir ilişki kurulabilir. Bu karşılaştırmayı daha da detaylandırırsak, Pozitif Psikoterapi'nin temel sevmek kapasitesi psikanalitik şehvet ilkesine benzerken, bilme kapasitesi gerçeklik ilkesine benzemektedir [45]. Dolayısıyla, insanoğlunun varlığını sağlayan ve sağlıklı bir şekilde devam etmesine yön veren iki temel ihtiyaç; sevmek ve bilmektir [53].

Sevmek Yeteneği: Her insan sevmek kapasitesi ile dünyaya gelir. Ancak bu kapasite, birinci derece bakım veren kişilerle kurulan duygusal bağlar aracılığıyla şekillenir ve gelişir. Sevmek yeteneği yaşamın devamlılığında zaman, sabır, temas, cinsellik/tensellik, şüphe, umut, emin olmak, inanç ve birlik olmak gibi yeteneklerle kendini gösterir ve birincil yetenekler kapsamında ele alınır [16].

Bilme Yeteneği: Bilme yeteneği bilgiyi öğrenme ve öğretme ihtiyacı anlamına gelmektedir. Her insan var olduğu gerçekliğin içindeki ilişkileri bilmek ihtiyacındadır. Örneğin elmanın neden yere düştüğünü, ağacın neden büyüdüğünü, neden hasta ve olduğunu ve benzeri birçok konuda bilgi sahibi olmak ister. Neticede temel insan ihtiyacı olan kim olduğu ve nereden gelip nereye gideceği gibi cevapları arar. Bilme kapasitesi, bireylerde ikincil yeteneklerle ortaya çıkar. Düzen, dakiklik, temizlik, kibarlık, güvenilirlik, tutumluluk, dürüstlük, itaat, başarı, adalet ve sadakat gibi kapasiteler ikincil yetenekler kapsamında ele alınır [16].

Gerçek yetenekler, PPT'nin gerekli bir unsurudur. Günlük yaşantımızda kişilerarası ilişkilerde ve bireysel tecrübelerimizde etkili faktörlerdir ve kişinin yaşantısı boyunca öğrendiği ve gerçekleştirdiği toplumsallaşma normlarıdır. Pozitif psikoterapide, birincil ve ikincil yeteneklerin az gelişmesi de çok gelişmesi de önemli sorunların temelini oluşturduğu belirtilmektedir. Yeteneklerin dengeli kullanılmasının ruhsal ve bedensel iyi oluş için önemli olduğu savunulmaktadır [1], [10].



Şekil 1.1. Gerçek yetenekler

1.8.2. Pozitif Psikoterapinin İlkeleri

Pozitif Psikoterapinin, umut, denge ve konsültasyon olmak üzere üç temel prensibi vardır.

Pozitif Başlama Noktası (Umut Prensibi)

Pozitif Psikoterapide yer alan “pozitif” Latince “positum” sözcüğünden türemiştir ve “gerçek” anlamına gelmektedir. Gerçek olan yalnızca rahatsızlıklar, hastalıklar ya da

çatışmalar değildir. Pozitif Psikoterapideki "pozitif" terimi, bu terapinin amacının öncelikle var olan bir rahatsızlığı ortadan kaldırmak değil, başlangıçta mevcut kapasiteleri ve kendi kendine yardım potansiyelini harekete geçirmeye çalışmak olduğu anlamına gelir.[54] Semptomun pozitif yorumu gerçekliğin ifadesi anlamına gelir. Gerçekte, olumlu özellikler veya durumlar olabileceği gibi olumsuz özellikler veya durumlar da olabilir [13], [46]. Pozitif yorum; danışanların sorunlarının işlevinin anlaşılabilmesi ve farklı açılardan bakabilmeleri için ortaya çıkan semptomlarla alakalı olumlu yorumlamalarda bulunmak olarak ifade edilebilir [52].

Bu olumlu perspektiften bakıldığında hastalıklar, genellikle yaşamın erken dönemlerinde bir şekilde öğrenilen çatışmaları yönetmenin bir aracı olarak görülebilir. Bu durumda hastalıklar, mevcut ihtiyaçlar ile yetersiz ve henüz gelişmemiş kapasiteler arasındaki ikileme verilen tepkiler olarak anlaşılır. Kavramların genişletilmesi ve kapasitelerin yeteneklere dönüştürülmesiyle, eski tek taraflı algıları, düşünceleri, beklentileri ve davranışları yeni olasılıklara doğru genişleten yeni içsel modeller gelişir [54]. Böylece, bozukluklar olumlu bir şekilde yorumlanmaktadır. Örneğin depresyon, "çatışmalara derin duygularla tepki verme yeteneği" olarak görülebilir [16]. Hastalıkların pozitif yorumu, hastayı hastalığının kendisi ve sosyal çevresi için olası işlevi ve psikodinamik anlamı ile yüzleştirir, hastayı (ve ailesini) sadece patolojik yönlerini değil, yeteneklerini görmeye teşvik eder [54].

Sonuç olarak Pozitif Psikoterapi, bireylere umutsuz durumlarda bile çıkış yolunun olduğuna inanmayı teşvik eder ve bireylerin kendileri ve aileleri için olumlu bir geleceğe inanmalarını sağlar [13], [52].

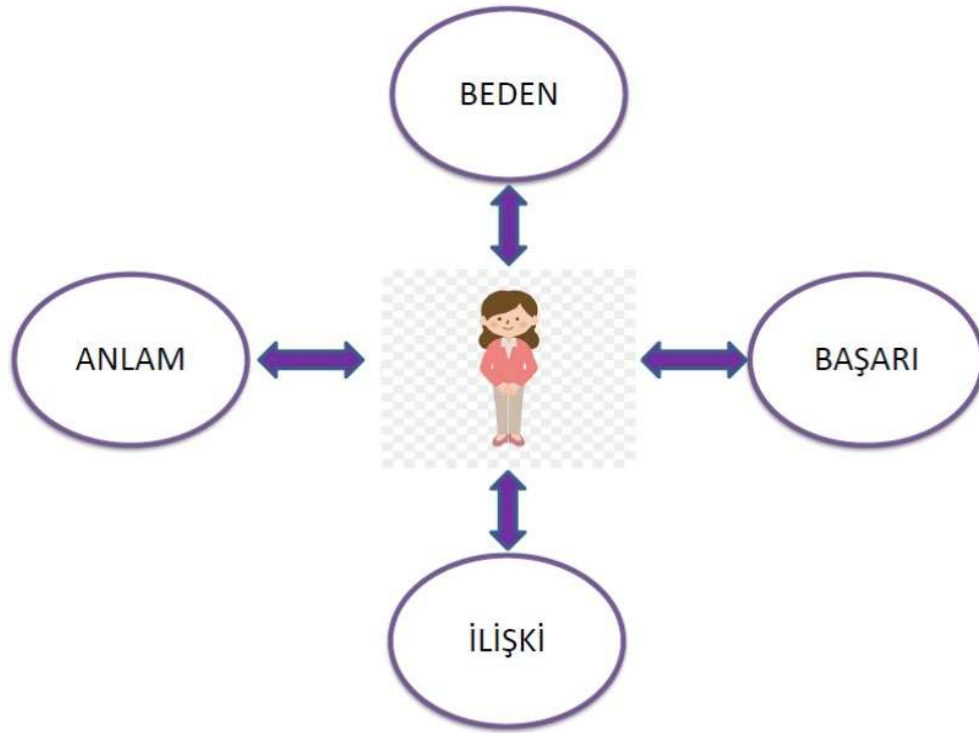
Denge Prensibi (Denge Modeli)

Denge modeli, bir insanın yaşadığı ve işlev gördüğü temel olarak dört yaşam alanı olduğu kavramına dayanmaktadır. Bu alanlar, kişinin hayattan memnuniyetini, kendi kendine değer duygularını ve çatışmalar ve zorluklarla nasıl başa çıktığını etkiler [54]. Kişinin; birbiriyle bağlantılı ve birbirine bağımlı olan bu yaşam alanlarına uyguladığı çaba (yani yaşam enerjisi), yaşam dengesini ne ölçüde deneyimleyeceğini belirleyecektir [48].

Yaşam enerjisi dört boyutta devreye girer: (1) beden/sağlık, (2) iş/başarı, (3) sosyal temaslar/ilişkiler ve (4) gelecek/fantezi ve anlam.

1. **Beden/Sağlık:** Bu alan fiziksel beden, beş duyu, sağlık ve dış görünüşü ifade eder. Yeme, içme, cinsellik, uyku, rahatlama, spor, görünüm ve giyim gibi fiziksel aktiviteler ve algılarımızı içeren boyuttur [48], [54].

2. İş/Başarı: Bu alan başarı ve bunun benlik kavramına nasıl dahil edildiği ile ilgilidir. Düşünme ve anlama, kişinin sorunları çözmesini ve başarıyı sistematik bir şekilde optimize etmesini mümkün kılar. Mesleki başarı ve iş, eğitim, ev işleri, bahçe işleri, temel ve ileri eğitim ve para yönetimi gibi faaliyetlerimizi içeren boyuttur [48], [55].
3. İlişki/Sosyal Temas: Bu alan, kişinin kendisiyle ve diğerleriyle, eşiyle ve ailesiyle ve diğer insanlarla olan ilişkileri de dahil olmak üzere ilişki kurma ve geliştirme kapasitesini temsil eder. Partner, aile, arkadaşlar, meslektaşlar, tanıdıklar ve yabancılarla ilişki biçimleri ve temas bu boyuttur [48], [55].

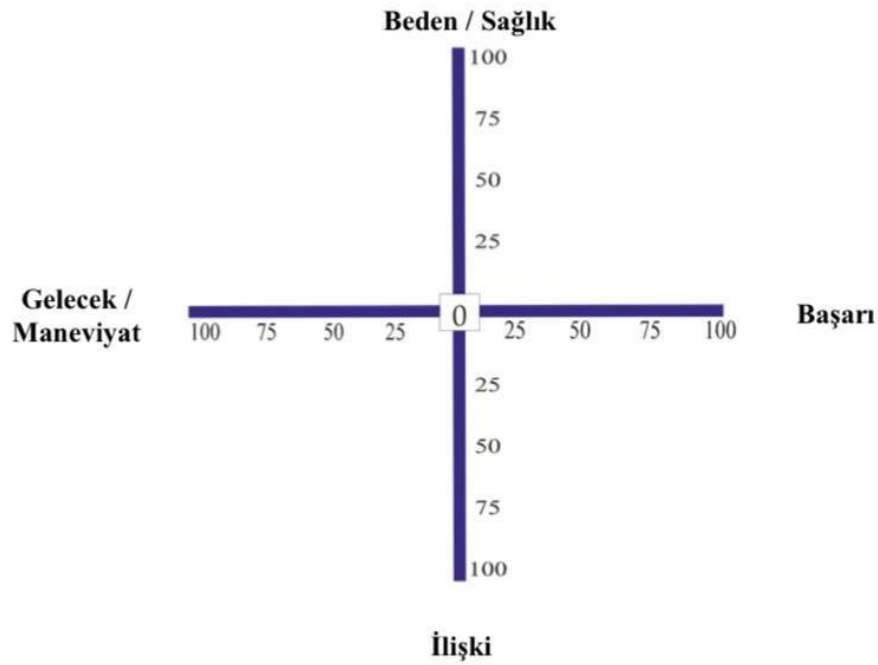


4. Gelecek/Fantezi/Anlam: Gelecek planları arasında dini/manevi uygulamalar, amaç/anlam, yaşam hedefleri, derin düşünme, kendini yansıtmaya, ölüm, inanç ve vizyon veya hayal gücü-fantezi gelişimi yer alır [55].

Şekil 1.2. Yaşamın dört boyutu

Amaç, dört alan arasındaki dengeyi yeniden sağlamaktır. Psikoterapötik tedavinin bir hedefi de hastanın kendi kaynaklarını tanımasına yardımcı olmak ve bunları dinamik bir dengeye getirmek amacıyla harekete geçirmektir. Pozitif Psikoterapiye göre; bireylerin ihtiyaçlarının karşılanması gereken alanlar, denge modelinde dört boyutta ele alınmaktadır. Çok uzun süre devam eden tek taraflılık, diğer şeylerin yanı sıra çatışmalara

ve hastalıklara yol açabilir [52], [54]. Hastanın benzersizliğinin göz önünde bulundurulması, kendisi için uygun olan “dört alan” çerçevesinde bir dengeye ulaşabilmesi için önemlidir. Basitçe söylemek gerekirse: Her insan, yaşamın hiçbir alanını uzun süre ihmal etmeyerek dengede olmalıdır; ancak bu dengenin şekli bireylere, ailelere ve kültürlere özgü olarak değişebilir [55].



Şekil 1.3. Denge Modeli

Konsültasyon Prensibi

Pozitif Psikoterapide psikoterapi ve kendi kendine yardım uygulamalarında beş basamaklı bir yol izlenir. İzlenen bu yol gerçek yeteneklere dayanmaktadır [16].

1. Gözlem/Mesafe Aşaması: Sürecin ilk aşaması, bakış açısının değişmesini içeren kabullenme, gözlemlenme ve mesafe koymayı içerir. Terapist bu aşamada, danışanın sorunlarını objektif bir şekilde dinler. Danışanın ihtiyaçlarını ve problem alanlarını anlamaya odaklanır. Davranış analizi, psikoanalitik ve aktarım etkileşim analizi tekniklerini kullanarak semptomları ve eşlik eden davranışları inceler. Pozitif Psikoterapi, diğer yaklaşımlardan farklı olarak, danışanın geçmişi, şimdi ve geleceği arasında denge kurarak gelişim sürecini ele alır. [46], [55].

2. Envanter Aşaması: İkinci aşama, çatışmanın içeriğinin ve hastanın güçlü yönlerinin farklılaştırıldığı bir envanterin çıkarılmasıdır. Bu aşamada gerçek

yeteneklerin kullanım düzeyini ölçmek için Farklılaşma Analizi Envanteri ve yaşam enerjisini kullanma biçimine bakmak için denge modeli kullanılabilir. Bu aşamada danışanın temel ve aktüel çatışması ile ilgili hipotezler oluşturulur [16], [46], [54].

3. Durumsal Cesaretlendirme Aşaması: Durumsal teşvik olarak da adlandırılan üçüncü adımda, kendi kendine yardım ve kaynaklar geliştirilir. Burada amaç danışanın güçlü yanlarına odaklanıp getirdiği semptomların pozitif yorumunu yapmaktır [52], [54].

4. Sözeleştirme Aşaması: Bu aşamada terapist, danışanın aktüel ve temel çatışmalarını denge modeli ve dörtlü model boyutlarını kullanarak çözmesine yardımcı olmaya odaklanır. Temel amaç, danışanın yaşamının dört boyutunda denge kurabilmesi için kaynaklarını kullanarak harekete geçmesidir. Bu yüzden eylem aşaması olarak da bilinir. Danışmanın en uzun süren aşaması olan bu evre ve temel çatışma çözülene kadar devam eder [46].

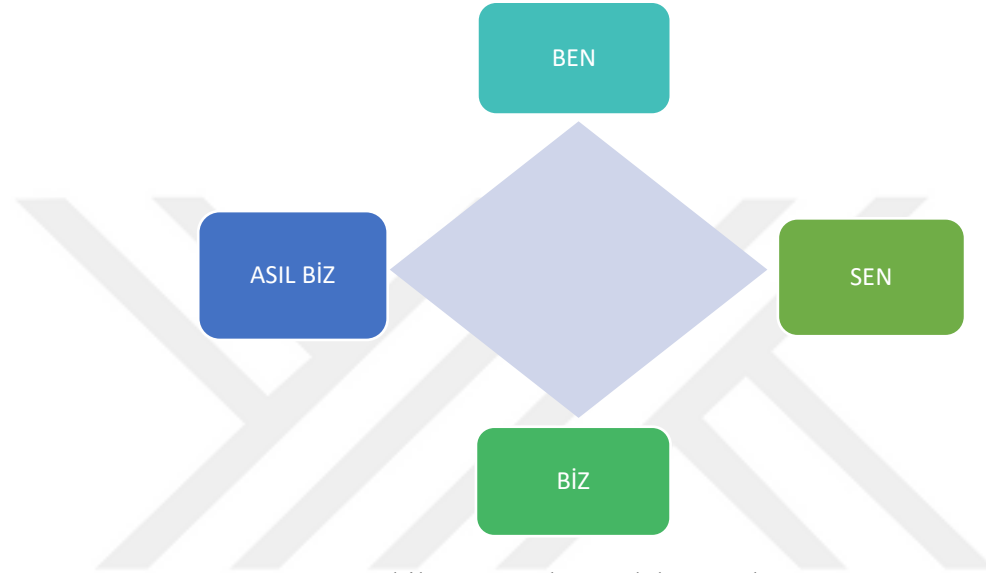
5. Amaçların Genişletilmesi: Bu aşama, terapi sürecinde öğrenilen yeni kavramların, stratejilerin ve bakış açılarının geleceğe yönelik olarak yansıtılmasını, özetlenmesini ve test edilmesini içerir [54].

Bu 5 aşama, tek bir seans ya da tüm terapötik süreç için bir yapı sağlar. Terapist, uygun bir tutum, yönlendirici sorular, hikayeler, çağrışım tetikleyicileri ve daha önce bahsedilen temaların tekrar gözden geçirilmesi yoluyla süreci kolaylaştırır. PPT'deki 5 aşamalı süreç hem terapist hem de hastaya bir başlangıç noktası ve güven duygusu sağlar ve hastayı çatışmalarla çalışmaya ve özellikle terapinin bitiminden sonra kendi kendine yardım etmeye hazırlar [54].

1.8.3. Model Boyutları

Psikodinamik psikoterapideki en önemli ve zorlu görevlerden biri, erken çocukluk döneminin hasta üzerindeki etkisinin değerlendirilmesidir. Pozitif Psikoterapi bunu Model Boyutları aracı ile yapar [54]. Model boyutları, bireylerin içinden geldikleri aile yapılarının zihinsel dünyalarına yansımaları ve bu yapıların anlamlarını ifade etmektedir. Aynı zamanda bireyin yaşadığı çatışmalarda kendini gösterir [52]. Pozitif Psikoterapi, her insanın bir şekilde deneyimlediği veya deneyimleyebileceği dört tipik temel ilişkiden yola çıkar. Bunlardan dört duygusal ilişki düzeyi ya da türü olarak da bahsedebiliriz. "**Ben**" boyutu bireyin kendisi ile olan ilişkisinin model boyutudur. Burada çocuğun istek ve ihtiyaçlarının karşılanma biçimi kendisiyle ilişki kurma biçimini oluşturur. "**Sen**"

boyutu bir kişinin diğeri ile kurduğu ilişkide ebeveynlerini model almasıdır, yani ebeveynlerin birbirleriyle olan ilişkisinin modellenmesidir. **"Biz"** boyutu bir kişinin büyük ölçüde ebeveynlerinin sosyal çevreleriyle olan ilişkisi tarafından modellenir. **"Asıl Biz"** boyutu bir kişinin ilk etapta ebeveynlerinin anlam, amaç, maneviyat/din ve dünya görüşü konusundaki tutumlarına bağlı olarak kendi kavram ve anlamlarını oluşturmasıdır [46], [54].



1.8.4. Pozitif Psikoterapide Çatışma Konusu

Çatışma konusu, bireyin kendi iç dünyasında yaşadığı bir psikolojik durum olarak; içsel çatışma ve insanların diğer insanlarla kurmuş olduğu ilişkilerde; kişiler arası çatışma olarak ortaya çıkabilen çok boyutlu bir konudur [52]. Çatışmalar evrensel olgulardır. Ancak çatışma, insanlar tarafından sıklıkla anlaşıldığı gibi bir kavga ya da tartışmalar değildir. Çatışma, beklenen ile gözlenen arasındaki uyumsuzluktan kaynaklanan duygusal strese yol açan mevcut çatışmalı (sorunlu) yaşam durumudur. Çatışmalar yaşamın içinde sürekli yaşanır, her zaman bizimle birlikte dirler. Ancak, hepsinin üzerimizde önemli bir etkisi yoktur. Bu nedenle çatışmaların kategorilere ayrılması işlevsel olabilir. PPT'de dört tür çatışma vardır: *aktüel çatışma*, *temel çatışma*, *iç çatışma* (*içsel çatışma*) ve *anahtar çatışma* [15] .

Aktüel (gerçek) çatışma, danışanın terapistte getirdiği, beklentiler, ikincil yetenekler, değerlerle ilgilidir. Danışan bu çatışmayla kendi idealine uygun olmayan reaksiyonlar üretir [53]. Temel çatışma; diğer tüm çatışmalara, tepkilere ve baş etme mekanizmalarına

temel oluşturur. İnsanoğlunun en temel ihtiyaçlarının (birincil yetenekler) çocukluk döneminde, bakım vericisi tarafından herhangi bir sebeple karşılanmaması veya bakım vericilerin birincil ihtiyaçlar ile bireyin ihtiyaçlarının çatışması olarak ifade edilmektedir [53]. İçsel çatışma; karşıt ve hatta birbirini dışlayan çabaların, arzuların veya ideallerin organizmada aynı anda var olmasından kaynaklanan, bilinçsiz bir ihtiyaç çatışmasıdır: örneğin, dayanılmaz ilişkiler nedeniyle boşanma isteği (fili durum) ve boşanmanın ahlaki olarak yasaklanması (temel kavram) gibi. Bununla bağlantılı olarak içsel çatışma, çözülemez ve kilitlenmiş bir durum hissi verir ve yüksek duygusal gerilim durumu olarak yaşanır. Bu gerilim, sorunun üstesinden gelmenin imkansızlığından kaynaklanır [56]. Anahtar çatışma; temelde içsel çatışmanın yarattığı gerginliğe tepki olarak ortaya çıkan ve aktüel çatışmadaki tepkimizi düzenleyen dürüstlük (açıklık, samimiyet) ve nezaket (kibarlık) arasındaki çatışmadır. Bir anlamda anahtar çatışma, tepkimizi dışarıya ya da içeriye yönlendiren bir anahtar gibidir. Bir çatışmaya girdiğimizde bir seçim yapmamız gerekir: açıklıkla (dışarıya) tepki vermek ya da nezaketle (içeriye) tepki vermek [53], [56].

PPT'nin çatışma modeli güçlü bir iç tutarlılığa ve pratik uygulamaya sahiptir, bu nedenle danışanların sorunları çözmelerine yardımcı olmak için yararlı bir klinik araç haline gelir. Pozitif Psikoterapi, çatışmaları daha yapıcı bir şekilde çözmek ve iç ve dış dengeyi yeniden sağlamak için bugüne kadar ihmal edilen ve yeterince kullanılmayan alanlara odaklanır. Bunu yaparken hem terapötik ilişki içinde hem de sosyal çevre ile karşılıklı olarak çatışma çözmeye katkıda bulunulan becerilerin geliştirilmesini hedef alır [56].

1.9. POZİTİF PSİKOTERAPİ TEMELLİ MÜDAHALELER İLE İLGİLİ YAPILAN ÇALIŞMALAR

Pozitif Psikoterapi, bir çok alanda hem nicel hem de nitel anlamda çalışma imkanı sunan bir psikoterapi yöntemidir. Literatürde bu modelle yürütülmüş ölçek uyarlama ve geliştirme çalışmaları, nicel çalışmalar, klinik örneklemeler üzerinde yapılan çalışmalar, derleme çalışmaları ve müdahale çalışmaları mevcuttur [52]. PPT temelli yapılmış bazı müdahale çalışmaları ve sonuçları aşağıda özetlenmiştir.

Eryılmaz (2015) çeşitli psikolojik problemleri olan bireylerle bir çalışma yürütmüştür. Çalışma kapsamında hazırladığı on iki oturumluk bir program hazırlamıştır. Bireylere uygulanan program sonunda depresyon belirtilerinin azaldığı, olumlu duyguların arttığı ve olumsuz duyguların azaldığını bulunmuştur [57].

Keven-Aklıman ve Eryılmaz (2017)'ın PPT'nin ve pozitif psikolojinin olumsuz beden imajı üzerindeki etkisi inceledikleri randomize kontrollü bir çalışmada; geliştirilen Pozitif Grup Terapisi programının ergenlerin olumsuz beden imajları etkisi üzerinde olumlu bir etkisi olduğu ortaya konmuştur [58].

Sinici ve arkadaşlarının (2018) yaptıkları deneysel çalışmada; tedaviye dirençli obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalara yönelik uyguladıkları PPT temelli müdahalenin hastaların semptomlarında azalmaya yol açtığı görülmektedir [59].

Çabuker ve Çelik (2020) yaptıkları yarı deneysel çalışmada; üniversite öğrencilerine yönelik hazırlanan bir psikoeğitim programı ile öğrencilerin travma sonrası büyüme düzeylerini geliştirmeyi hedeflemişlerdir. Çalışma grubunda yer alan öğrencilere 10 oturumdan oluşan PPT temelli bir psikoeğitim programı uygulanmıştır. Araştırma sonuçları, Travma Sonrası Büyüme Psikoeğitim Programının üniversite öğrencilerinin travma sonrası büyüme düzeylerini artırmada etkili olduğunu göstermektedir [60].

Sarı ve Yıldırım (2021) yaptıkları çalışmada; şükür günlükleri yazım çalışmasının ortaokul öğrencilerinin öznel iyi oluş ve şükür üzerindeki etkililiğini ölçmüşlerdir. Öğrencilere nelere şükredebilecekleri ve nasıl ifade edilebilecekleri anlatılmış ve 21 gün boyunca pozitif psikoterapi denge modeline dayalı hazırlanan şükür günlüklerine her gün yazma çalışması yapmaları istenmiştir. Araştırma sonucunda; şükür günlükleri yazmanın öğrencilerin öznel iyi oluş ve şükür düzeyini arttırdığı görülmüştür [61].

Yanık (2021) yaptığı çalışmada, 8 haftalık PPT temelli hazırlanan eğitim programının tüp bebek tedavisi alan kadınların psikolojik iyi oluş ve umut düzeylerine etkilerini incelemiştir. Çalışmanın bulguları incelendiğinde; programa katılan kadınların psikolojik iyi oluş ve umut düzeylerinde artışın olduğu görülmüştür [62].

Yanık ve Kavak (2022) infertilite tedavisi alan kadınlarla yürüttükleri çalışmada, PPT temelli hazırlanan eğitim programının öz yeterlilik ve stigma üzerine etkisini incelemişlerdir. Çalışmaları sonucunda; programa katılan infertilite tedavisi gören kadınların öz yeterlilik düzeyi artmış, stigma düzeyleri azalmıştır [63].

Güleç-Keskin ve Gülirmak (2021), yaptıkları araştırmada PPT temelli denge modeli temel alınarak hazırlanmış eğitim programının, üniversite öğrencilerinin öznel iyi oluşlarının maneviyat indeks düzeylerine etkisi incelenmiştir. Araştırma sonucunda, PPT temelli denge modeli eğitiminin, üniversite öğrencilerinin öznel iyi oluş düzeylerini artırdığı bulunmuştur [64].

Altın (2022) fibromiyalji sendromu tanısı almış kadın hastalarla yarı deneysel bir çalışma yürütmüştür. Çalışmasında geliştirilen grup pozitif psikoterapisinin anksiyete, depresyon

ve aleksitimi düzeyi, öfke duygusu ve öfke duygusunu ifade etme, ağrı öz-etkinlik, genel öz-yeterlilik, ağrı ile baş etme, yaşam doyumu düzeyi, yaşam kalitesi ve algılanan sağlık durumu, nezaket ve açıklık değişkenlerinde anlamlı bir etki olup olmadığına ve bu etkinin kalıcılığına bakmıştır. Araştırma sonucunda, araştırma kapsamında geliştirilmiş olan grup pozitif psikoterapi tedavisinin, fibromiyalji tanısı konmuş kadınların sağlık algısı, depresyon ve nezaket puanlarının azalmasında etkili sonuç verdiği ve bu etkinin kalıcı olduğu ortaya çıkmıştır [65].

Sonuç olarak literatürde farklı gruplarda Pozitif Psikoterapi temelli hazırlanmış müdahale çalışmaları olmasına rağmen hemşirelerin psikolojik dayanıklılığına etkisini inceleyen randomize kontrollü bir çalışmaya rastlanmamıştır.

1.10. PSİKİYATRİ HEMŞİRESİNİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK GELİŞTİRMEDEKİ ROLÜ

Ülkemizde hemşirelik yönetmeliğinde Psikiyatri hemşiresi rolleri ve sorumlulukları arasında genel hastanede çalışan hemşirelerinde desteklemesi konusuna yer verilmiştir. KLP hemşiresi, hemşirelerin yaşadığı iş stresi-problemi konusunda duygularını ortaya koyma ve sorunlarını çözme, hemşirelere destek olma, destek çalışma grupları oluşturma ve devam ettirme gibi rollere sahiptir. KLP hemşiresi, hemşirelerin bireysel ve mesleki gelişimlerini artırma konusunda ihtiyaç duyulan terapötik grup çalışmalarını planlar (Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, Sağlık Bakanlığı-19 Nisan 2011). Geçtiğimiz yıllarda lisansüstü eğitim programını tamamlamış psikiyatri hemşirelerinin çoğalmasıyla birlikte alanda psikiyatri hemşireliği uygulamalarında ilerlemeler kaydedilmiştir. Uzmanlık alan psikiyatri hemşireleri, Amerikan Hemşireler Birliği'nin belirlediği psikiyatri hemşiresinin rollerinden çoğunu uygulamakta ve eğitim ve danışmanlık alanında da atılım göstermektedirler [66]. Psikiyatri hemşirelerine danışmanlık rolü ile bireye yaşamda zorlandıklarında baş etme becerilerini geliştirme, yeti yitimlerini azaltma, ruh sağlığını geliştirme ve korumada önemli görevler düşmektedir [67].

Hemşirelik mesleğinin içerdiği birçok risk faktörü ve stres unsuru, hemşirelerin refahını ve başa çıkma becerilerini iyileştirmek için kapsamlı bir müdahale gerekliliğini kaçınılmaz hale getirir. Önleme çabaları genellikle eğitim şeklinde yürütülür, ancak

yüksek stres, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu gibi mevcut etkilerle başa çıkmak için sadece eğitim yeterli olmayabilir. Bu durumda, terapötik süreçler, destek mekanizmaları ve beceri geliştirme yöntemlerini birleştiren bütüncül bir müdahale, hemşireler arasında sinerjik etkiler yaratarak sürdürülebilir değişikliklere olanak tanıyabilir [6]. Psikiyatri hemşireleri danışmanlık rolü ile hemşireleri güçlendirme ve ruh sağlığı açısından riskleri azaltma konusunda çalışmalar yürütebilirler.



2. MATERYAL VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın amacı, araştırmanın tipi, araştırmanın örnekleme ile ilgili bilgiler, araştırmada kullanılan veri toplama araçları, araştırmanın uygulama süreci, Pozitif Psikoterapiye Dayalı Psikolojik Dayanıklılık Programı tanıtımı ve verilerin analize dair bilgiler yer almaktadır.

2.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TASARIMI

Bu çalışma; Pozitif Psikoterapiye Dayalı Psikolojik Dayanıklılık Psikoeğitim Programının hemşirelerin psikolojik dayanıklılıklarına etkisi ve dengeli yaşam becerilerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırma, randomize kontrollü ve fenomolojik (olgu bilim) desende karma bir çalışma olarak yürütülmüştür. Araştırmada, Pozitif Psikoterapiye Dayalı Psikolojik Dayanıklılık Programının hemşirelerin psikolojik dayanıklılıklarına etkisi belirlemek amacıyla ön test-son test–izlem yaklaşımı ile randomize kontrollü deneysel araştırma tasarımı, hemşirelerin yaşam enerjilerini dengeli kullanma durumlarını ve dengeli yaşam becerilerini belirlemek amacıyla niteliksel yöntemlerden “derinlemesine görüşme tekniği” kullanılmıştır. Araştırmanın Clinical Trials Number protokol kaydı oluşturulmuş ve ID numarası alınmıştır (ID: NCT06080230).

2.2. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Araştırmanın bağımlı değişkenleri hemşirelerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri, hemşirelerin yaşam enerjilerini dengeli kullanma durumları ve dengeli yaşam becerileri, bağımsız değişkeni ise psikolojik dayanıklılık programı olarak belirlenmiştir.

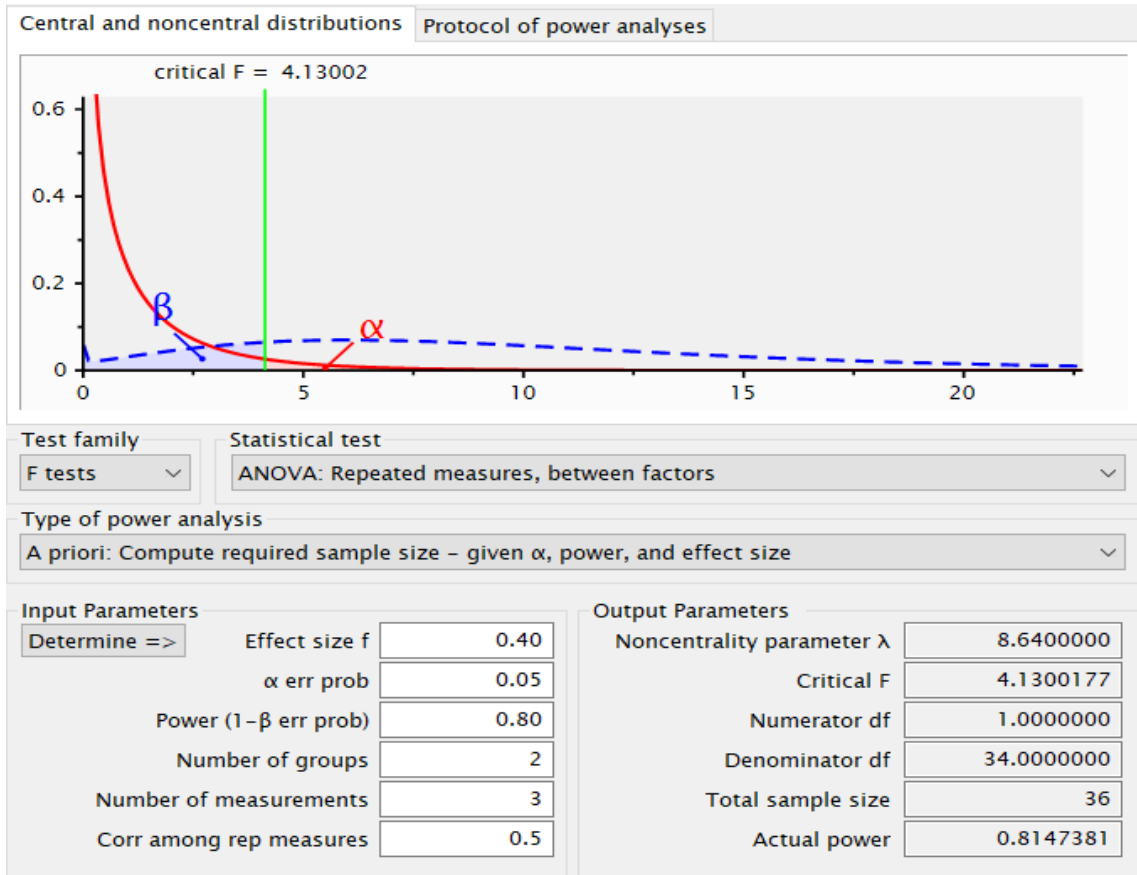
2.3. ARAŞTIRMANIN EVREN-ÖRNEKLEMİ

2.3.1. Araştırmanın nicel boyutunda örneklem seçimi

Araştırmanın evrenini, Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde çalışan tüm hemşireler oluşturmaktadır. Araştırmanın örnekleme, "G. Power-3.1.9.2" programı kullanılarak hesaplanmıştır [68]. Araştırma deseni, ön test, son test ve izlem testi olan randomize kontrollü bir çalışma olduğu için, örneklem hesaplamasında iki yönlü varyans analizi (TWO-WAY-ANOVA) yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntem iki ya da daha fazla grubun en az iki farklı ölçümlerinin hem gruplar arasında hem de ölçümler arasında karşılaştırılmasında kullanılan bir yöntemdir. Bu yöntem parametrik bir yöntem olup ölçümlerin normal dağılması gerekir. Etki büyüklüğünün hesaplanmasında hemşirelerin psikolojik dayanıklılığını arttırmak için Pozitif Psikoterapiye Dayalı Psikolojik Dayanıklılık Programı uygulanan randomize kontrollü bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu yüzden hemşirelerin psikolojik dayanıklılığını arttırmak için Mao ve arkadaşlarının (2021) yürüttüğü randomize kontrollü çalışma örnek alınmıştır [69].

Etki düzeyinin 0.40 (büyük etki) [69], %5 hata payı($\alpha=0.05$), testin gücünün (1-B) 0.95 olduğu koşullarda hem gruplar arasında hem de ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark çıkması için gerekli olan minimum örneklem büyüklüğü 58 olarak elde edilmiştir. Her bir grup için katılımcı sayısı 29 olarak belirlenmiştir. Drop out (araştırmaya devam etmeyenlerin sayısı) sayısı 14 olarak alınarak örneklem büyüklüğü her grup için 36 olarak belirlenmiştir [70].

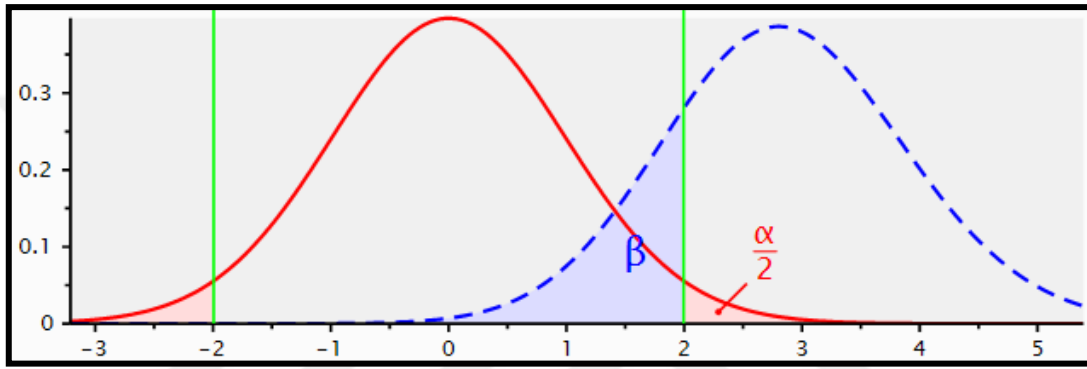
Çizelge 2-1. G-Power Analiz input/output verileri



Çalışmaya katılmaya gönüllü olan ve çalışmaya katılma kriterlerine uyan 80 hemşire katılımcı listesini oluşturmuştur. Katılımcıların deney ve kontrol gruplarına atanması için “basit rastgele randomizasyon yöntemi” kullanılmıştır. Bağımsız bir araştırmacı <https://www.random.org/web> sitesi aracılığı ile katılımcı listesinden 36 kişilik 2 grup oluşturmuştur. Randomizasyon yapıldıktan sonra deney grubundan ön test uygun 1 katılımcı program başlamadan, 4 katılımcı ise program süresince programa devam etmeyerek ayrılmışlardır. Kontrol grubundan ön test uygulanan bir katılımcı hastaneden ayrıldığı için çalışma dışı kalmıştır. Deney grubu 31, kontrol grubu 35 olmak üzere toplam 66 kişi ile çalışma tamamlanmıştır. Kayıp verileri yerine koymak için Intention to treat analizi yapılmıştır. Randomize kontrollü araştırmalarda örneklem grubundaki katılımcıların randomize olarak atandıkları gruplarda karşılaştırılmasıdır. Bunun anlamı örnekleme giren bireylerin çalışma sürecinde araştırmaya tedavi protokolünden çekilip çekilmediğine bakılmaksızın tüm katılımcıları kapsayacak biçimde analiz yapılmasıdır. Bu analizin yapılmasıyla hem randomizasyonun sürmesini hem de girişimin etkisinin gerçekçi olarak değerlendirilmesini sağlamaktadır [71].

Çalışmanın post-hoc gücü G. Power-3.1.9.2” programı kullanılarak hesaplanmıştır [68]. Randomizasyon dengesini korumak için Intention to treat analizi (ITT) sonrası deney grubu 36, kontrol grubu 36 olmak üzere 72 kişiye uygulanan analiz sonucunda $\alpha=0.05$ düzeyinde, etki büyüklüğü 0.6677 olarak bulunmuş ve post-hoc olarak hesaplanan çalışmanın gücü 0.80 olarak hesaplanmıştır. Post hoc analizi için minimum elde edilmesi gereken power değeri 0.67’dir. Bu durumda yapılan power kabul edilebilir düzeydedir, veri sayısı yeterlidir.

Çizelge 2.2. Post-hoc G-Power input/output verileri



t tests – Means: Difference between two independent means (two groups)

Analysis: Post hoc: Compute achieved power

Input:	Tail(s)	= Two
	Effect size d	= 0.6677897
	α err prob	= 0.05
	Sample size group 1	= 36
	Sample size group 2	= 36
Output:	Noncentrality parameter δ	= 2.8331918
	Critical t	= 1.9944371
	Df	= 70
	Power (1- β err prob)	= 0.7979054

2.3.2. Araştırmanın Nitel Boyutunda Örneklem Seçimi

Çalışmada, hemşirelerin yaşam enerjilerini dengeli kullanma durumlarını ve dengeli yaşam becerilerini belirlemek amacıyla derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Araştırmanın nitel boyutu için örneklem grubunu Pozitif Psikoterapiye Dayalı Psikolojik Dayanıklılık Programını (PPDDP) tamamlayan hemşirelerden oluşmaktadır. Araştırmada, amaçlı örnekleme yöntemlerinden maksimum çeşitlilik örnekleme yöntemi kullanılmış olup; deney grubunun eşit sayıda üç alt gruba bölündüğü gruplardan (n:12) benzer sayıda gönüllü katılımcı ile görüşülmeye özen gösterilmiştir. İlk gruptan 6, ikinci gruptan 4 ve üçüncü gruptan 4 kişi ile görüşme sağlanmıştır. Katılımcı sayısı, nitel araştırmalarda geçerli olan “veriye doyma” ilkesine göre belirlenmiştir. Bu doğrultuda 14 hemşire ile derinlemesine görüşme sağlanmıştır.

2.4. ARAŞTIRMA ÖRNEKLEMİNİN ÖZELLİKLERİ

2.4.1. Katılımcıların Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde hemşire olarak çalışmak,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak.

2.4.2. Katılımcıların Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- Fiziksel ya da ruhsal herhangi bir hastalığın akut döneminde olmak.

2.4.3. Çalışma Sırasında Örneklemden Çıkarılma Kriterleri

- Araştırmadan gönüllü olarak ayrılmak isteyen ve çeşitli nedenlerle hastaneden ayrılmak zorunda olmak,
- İki oturumdan fazla devamsızlık göstermek,
- Araştırma sırasında katılımcı da akut ruhsal bir hastalık veya semptom gelişmesi.

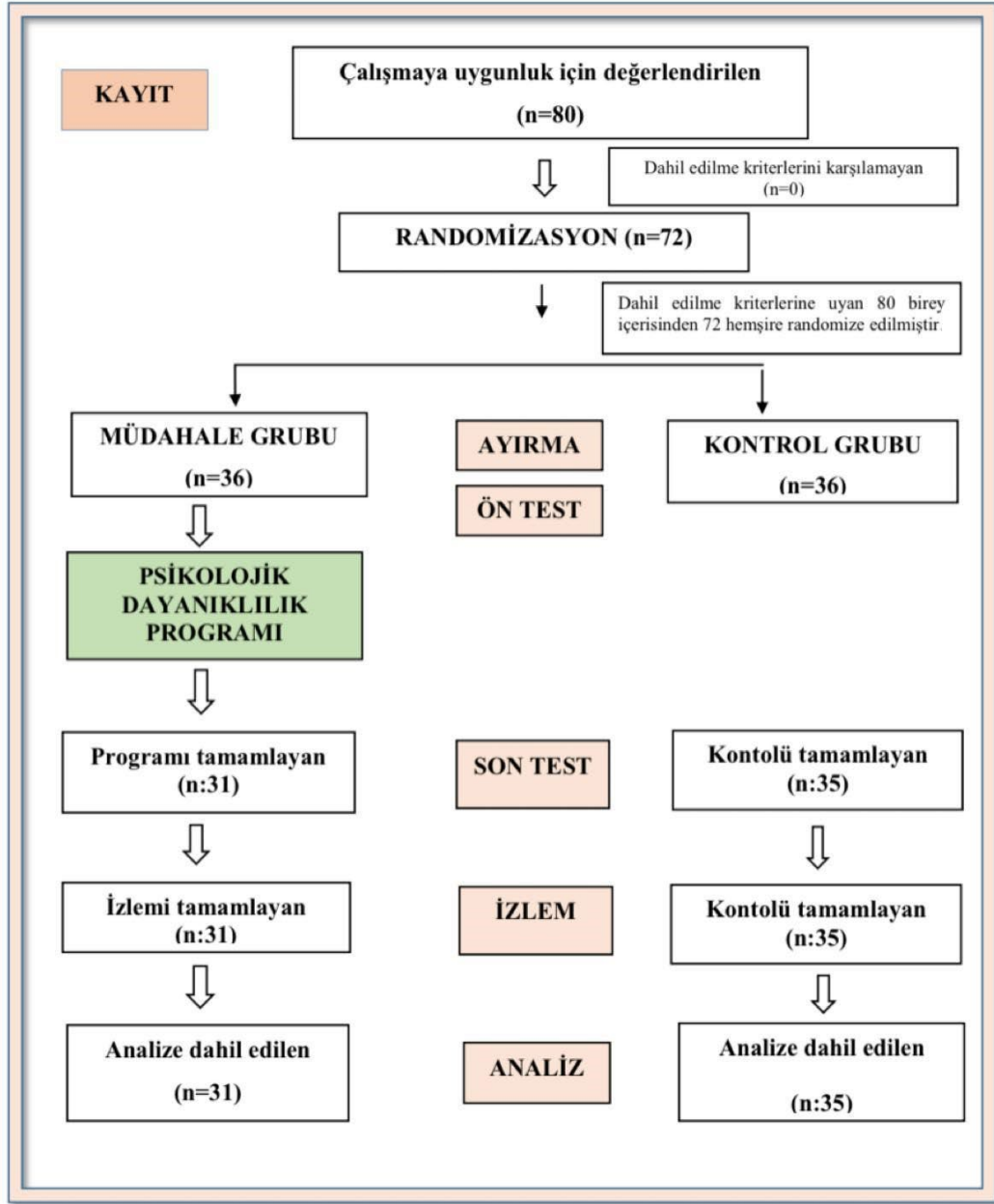
2.5. ARAŞTIRMANIN KÖRLEMESİ VE YANLILIĞIN ÖNLENMESİ

Araştırma, açıklığı ve şeffaflığı kolaylaştırmak için CONSORT kontrol listesine (CONSORT 2010 checklist of information to include when reporting a randomised trial)

göre yapılandırılmıştır.

Örneklemin deney ve kontrol gruplarına atanması; “basit rastgele randomizasyon yöntemi” ile bağımsız bir araştırmacı tarafından <https://www.random.org/web> sitesi kullanılarak yapılmıştır. Bağımsız araştırmacı araştırmaya katılım şartlarına uyan ve gönüllü olan 80 hemşirenin sayısı üzerinden 36 kişilik 2 grubun sayı listesi oluşturmuştur. Oluşturulan bu gruplardan hangisinin deney hangisinin kontrol grubu olduğuna kura yöntemi ile karar verilmiştir. Böylelikle araştırmacının başlangıçta hangi katılımcıların deney ya da kontrol grubuna atandığından haberi olmamıştır.

Katılımcılara hangi grupta oldukları (deney-kontrol) bilgisi verilmemiştir. Veriler deney ve kontrol grubu belirtilmeden ‘A’ ve ‘B’ şeklinde yazılarak gruplar kodlanmıştır. Gruplar yönünden kodlanan verilerin analizi istatistik uzmanı tarafından yapılmıştır. İstatistiksel analizler yapıldıktan ve araştırma raporu yazıldıktan sonra deney ve kontrol grubu için yapılan kodlamalar açıklanmıştır. Bu körleme tekniğiyle istatistik ve raporlama yanlılığı da kontrol edilmiştir.



Şekil 2.1. Consort 2010 akış diyagramı

2.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI VE ÖZELLİKLERİ

Verilerin toplanması aşamasında araştırmacı tarafından geliştirilen kişisel bilgi formu, hemşirelerin psikolojik dayanıklılık düzeyini ölçmek için Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve yarı yapılandırılmış bilgi formu kullanılmıştır.

a. Nicel Veri toplama araçları

1. Kişisel Bilgi Formu:

Kişisel bilgi formu, katılımcıların tanıtıcı bilgilerini içeren araştırmacı tarafından hazırlanan toplam 6 sorudan oluşmaktadır. Formda cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma yılı, çalışma şekli soruları yer almaktadır (Ek 3).

2. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği:

Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, Friberg ve arkadaşları (2003) tarafından geliştirilmiş olup ‘kişisel güç’, ‘yapısal stil’, sosyal yeterlilik’, ‘aile uyumu’ ve ‘sosyal kaynaklar’ boyutlarını içermektedir. Daha sonra yapılan bir çalışma ölçeğin altı boyutlu yapısıyla psikolojik dayanıklılık modelini daha iyi açıkladığını göstermektedir [30]. Friberg ve arkadaşlarının (2005) yaptıkları çalışmada ‘kişisel güç’ boyutu ‘kendilik algısı’ ve ‘gelecek algısı’ biçiminde ikiye ayrılmış ve toplam altı boyutlu bir yapı ortaya çıkmıştır. Ölçekte, ‘yapısal stil’ (3,9,15,21) ve ‘gelecek algısı’ (2,8,14,20) 4’er madde; ‘aile uyumu’ (5,11,17,23,26,32), ‘kendilik algısı’ (1,7,13,19,28,31) ve ‘sosyal yeterlilik’ (4,10,16,22,25,29) 6’şar madde, ve ‘sosyal kaynaklar’ (6,12,18,24,27,30,33) ise 7 madde ile ölçülmektedir [30]. Ölçekten alınan puanların artması, katılımcıların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin yüksek düzeyde olması anlamı taşımaktadır. Ölçeğin güvenilirliği için hesaplanan alt boyutların Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı 0.66 ile 0.81 arasında; ayrıca yapılan test tekrar test güvenilirliği ise 0.68 ile 0.81 arasında değişmektedir. Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Basım (2011) tarafından yapılmıştır [1] (Ek 4).

Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğinin güvenirlik ve normallik analizleri yapılmıştır. Sonuçlar tablolarda verilmiştir.

Çizelge 2.3. Araştırmada kullanılan YPDÖ'nün güvenirlik analizi sonuçları

Ölçek ve Boyutları	Ölçüm Zamanı	Cronbach's Alpha
Kendilik Algısı	Ön test	0.886
	Son test	0.700
	İzlem testi	0.750
Gelecek Algısı	Ön test	0.627
	Son test	0.619
	İzlem testi	0.649
Yapısal Stil	Ön test	0.739
	Son test	0.707
	İzlem testi	0.723
Sosyal Yeterlilik	Ön test	0.735
	Son test	0.660
	İzlem testi	0.659
Aile Uyum	Ön test	0.696
	Son test	0.698
	İzlem testi	0.668
Sosyal Kaynaklar	Ön test	0.701
	Son test	0.637
	İzlem testi	0.695
Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	Ön test	0.865
	Son test	0.859
	İzlem testi	0.880

Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenirlik analizi sonuçları Çizelge 2.2'de verilmiştir. Ölçek güvenirlikler hesaplanmış ve güvenilir olduğu tespit edilmiştir. Cronbach Alfa değerlerinin 0.50'den büyük olması, kullanılan ölçeklerin güvenilir olduğunu göstermektedir. Bu da çalışmada kullanılan ölçeğin içsel tutarlılıklarının iyi olduğunu göstermektedir.

Çizelge 2.4. Araştırmada kullanılan YPDÖ'nün normallik analizi sonuçları

Ölçek ve Boyutları	Ölçüm Zamanı	Çarpıklık	Basıklık	Durum
Kendilik Algısı	Ön test	-0.459	-0.401	Normal
	Son test	-0.262	-0.427	Normal
	İzlem testi	-0.287	-0.546	Normal
Gelecek Algısı	Ön test	-0.413	-0.350	Normal
	Son test	-0.128	-0.629	Normal
	İzlem testi	-0.702	0.650	Normal
Yapısal Stil	Ön test	-0.854	0.531	Normal
	Son test	-0.906	0.522	Normal
	İzlem testi	-0.889	0.907	Normal
Sosyal Yeterlilik	Ön test	-0.248	-0.349	Normal
	Son test	-0.526	-0.701	Normal
	İzlem testi	-0.459	-0.342	Normal
Aile Uyum	Ön test	-0.570	0.394	Normal
	Son test	-0.561	-0.832	Normal
	İzlem testi	-0.219	-0.529	Normal
Sosyal Kaynaklar	Ön test	-0.387	-0.421	Normal
	Son test	-0.621	0.561	Normal
	İzlem testi	-0.291	-0.802	Normal
Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	Ön test	-0.111	-0.198	Normal
	Son test	-0.299	-0.379	Normal
	İzlem testi	-0.298	-0.545	Normal

Araştırmada kullanılan değişkenlerin normallik analizi sonuçları Çizelge 2.3 'de verilmiştir. Verilerin çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 3 arasında olması normal dağılıma sahip olduğunu göstermektedir.

b. Nitel Veri Toplama Araçları

1. Yarı yapılandırılmış Bilgi Formu

Yarı yapılandırılmış bilgi formu; katılımcıların programdan sonra yaşamda denge sağlayabilmek için gerekli olan dengeli yaşam becerilerini öğrenme ve programla ilgili düşüncelerini anlamak için oluşturulmuştur. Formda denge modelinde yer alan yaşamın dört boyutunda (beden, başarı ilişki, maneviyat) enerjilerini kullanma ve bu becerilere sahip olma düzeyi, günlük yaşamda kapasitelerini dengeli kullanma, açıklık ve nezaket arasında denge kurabilme ve programla ilgili genel fikirlerin sorulduğu toplam beş sorudan oluşmaktadır (Ek 6).

2.7. VERİLERİN TOPLANMASI

2.7.1. Nicel Verilerin Toplanması

Nicel verilerin toplanmasında aşağıdaki yol izlenmiştir:

Ön test-1. Ölçüm (Pretest-Oturlar öncesi): Randomizasyon öncesinde araştırmacı tarafından örneklem grubundaki tüm hemşirelere “Kişisel Bilgi Formu” ve “Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği” eş zamanlı uygulanmıştır.

Son test-2. Ölçüm (Posttest-Oturlar sonrası): Pozitif Psikoterapiye Dayalı Psikolojik Dayanıklılık Programının (PPDDP) son oturumu bittikten 7 gün içinde müdahale ve kontrol grubuna “Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği” eş zamanlı uygulanmıştır.

İzlem testi-3. Ölçüm (İzlem testi): PPDDP’nin bitiminden 12 hafta sonra müdahale ve kontrol grubuna “Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği” eş zamanlı uygulanmıştır.

Kontrol Grubu

Kontrol grubunda yer alan hemşirelere araştırma ile ilgili gerekli bilgiler verilmiştir. Araştırma süreci boyunca herhangi bir uygulama yapılmamıştır. Ön test, son test ve izlem testleri müdahale grubu ile eş zamanlı uygulanmıştır. Araştırma süreci tamamlandıktan sonra en kısa zamanda gönüllü hemşirelere “Pozitif Psikoterapiye Dayalı Psikolojik Dayanıklılık Programı” planlaması yapılacaktır.

2.7.2. Nitel Verilerin Toplanması

Araştırmanın nitel verilerinin toplanması için “Pozitif Psikoterapiye Dayalı Psikolojik Dayanıklılık Programı” tamamlayan ve derinlemesine görüşme için gönüllü olan hemşirelerle görüşme randevuları oluşturulmuştur. Görüşmeler için hemşireler için tanıdık bir ortam olan müdahale programının uygulandığı oda tercih edilmiştir. Görüşme sırasında hemşirenin kendini rahat ifade edebilmesi için odaya giriş çıkışların olmaması ve gürültünün önlenmesi için gerekli önlemler alınmıştır.

Görüşmeler, derinlemesine görüşme tekniği ile yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak yapılmıştır. Her bir görüşme yaklaşık 30 dakika sürmüştür ve görüşmelerin kaydedilmesinde ses kayıt cihazı kullanılmıştır. Görüşmeye başlamadan önce hemşirelere ses kayıt cihazının kullanılmasının amacı ve görüşme sırasında istediği zaman kaydı durdurabileceği hakkında bilgi verilmesinin ardından sözlü ve yazılı onamları alınmıştır.

Ayrıca görüşme sırasında hemşirelerin yüz ifadeleri, mimikleri, beden duruşları, duygusal ve davranışsal durum değişimleri görüşme gözlem notlarına kaydedilmiştir.

2.8. UYGULAMA AŞAMASI

2.8.1. Pozitif Psikoterapiye Dayalı Psikolojik Dayanıklılık Programı'nın Hazırlanması

Program, pozitif psikoterapi literatüründen [72], [73] yararlanarak araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Sekiz oturum olarak planlanan programın detaylı içeriği (oturum amacı, hedefleri, içerikte kullanılan etkinlik, hikaye ve uygulamalar) için toplam 10 Pozitif Psikoterapistten uzman görüşü alınmıştır. Uzmanlardan programı içerik, anlaşılabilirlik ve süre açısından değerlendirmeleri beklenmiştir. Uzman görüşleri alınırken literatürde sıklıkla kullanılan Lawshe tekniği kullanılmış ve Kapsam Geçerlilik Oranları (KGO) formülüne göre hesaplama yapılmıştır:

$$\text{KGO} = (\text{NG} / \text{N}/2) - 1$$

“KGO herhangi bir maddeye ilişkin “gerekli” görüşünü belirten uzman sayılarının, maddeye ilişkin görüş belirten toplam uzman sayısına oranının bir eksiği ile elde edilmektedir”.

NG: Maddeye gerekli/uygun diyen uzman sayısı

N: Maddeye ilişkin görüş belirten toplam uzman sayısını ifade etmektedir.

Lawshe tekniğine göre KGO için minimum değerleri tabloştıran Veneziano ve Hooper (1997) tarafından 10 uzman görüşü alınan çalışmalarda her bir maddenin KGO' sunun minimum değerinin 0,62 olması beklenmektedir [74]. Uzmanların geri bildirimlerine göre Pozitif Psikoterapiye Dayalı Psikolojik Dayanıklılık Programı ve Katılımcı Rehber Kitapçığı' nın her bir maddesi KGO formülü ile hesaplandığında en KGO: 1 olarak bulunmuştur. Orana göre uygunluğu belirlenen program uygulamaya hazır hale gelmiştir.

2.8.2. Katılımcı Rehber Kitapçığının Hazırlanması

Araştırmacı tarafından hazırlanan katılımcı rehber kitapçığı; programın amacı ve pozitif psikoterapinin kısa bir tanıtımı ile başlamaktadır. Kitapçıkta her oturum ayrı ayrı ele alınmış ve oturum temasına uygun bir içerik paylaşımı oturumun başında paylaşılmıştır. Uygulamada kullanılacak materyaller, katılımcının yeniden kullanabilmesi için kitapçıkta kendi oturumu içinde paylaşılmıştır. Her oturum anlatılan hikâyeler katılımcının yeniden okuyabilmesi için kitapçığa eklenmiştir. Her oturumda önerilen ev çalışmaları ve ev çalışmalarında yardımcı olabilecek kolay uygulanabilir örnekler oturum sonuna eklenmiştir. Katılımcı rehber kitapçığı uygunluk açısından 10 Pozitif Psikoterapistten uzman görüşü alınmıştır ve KGO: 1 bulunmuştur.

2.8.3. Pozitif Psikoterapiye Dayalı Psikolojik Dayanıklılık Programı (PPDDP)'nin İçeriği

Program içeriğini oluşturmada Pozitif Psikoterapinin kuram ve uygulamaları temel alınmıştır. Temelde üç temel prensibe dayanan programda hikayelerden ve metaforlardan yararlanılmıştır. Pozitif Psikoterapide hikaye kullanımı oldukça önemli bir yer tutmaktadır. Pesseschkian, öykülerin psikoterapi sürecinde önemli bir yardım aracı olduklarını savunur. Hikaye kullanımının bir çok işlevi vardır, bunlardan bazıları günlük yaşamın sorunlarına uygulanabilir olması ve danışanın hikayeyle özdeşim kurmasıdır [75].

Denge ve umut prensibi temel alınarak hazırlanan program; katılımcıların dengeyi bulabilmesi ve yeniden hedefler koyabilmesi için bazı beceriler geliştirmeye yönelik hazırlanmıştır. Denge ilkesi gereği, bireyler yaşadıkları problemleri çözebilmek için beden, başarı, ilişki ve gelecek/maneviyat boyutlarını dengeli bir şekilde kullanmalıdırlar. Çünkü pozitif psikoterapi anlayışına göre, bireylerin tam olarak sağlıklı ve üretken olmaları bu dört temel yaşam boyutuna verecekleri önem, harcayacakları zaman ve enerjide dengeyi sağlayabildiklerinde mümkün olacaktır [13], [76].

Programın bütünü beş konsültasyon basamağından (*gözlem-mesafe, envanter, durumsal cesaretlendirme, sözelleştirme ve amaçların genişletilmesi*) geçirilmiş ve her bir oturum bir konsültasyon basamağını karşılayacak biçimde hazırlanmıştır. Pozitif psikoterapide konsültasyon ilkesinin anlamı; psikoterapi sürecinin beş aşamalı bir şekilde yürütülmesidir. İlk aşama olan gözlem/mesafe aşamasında danışanın sorunu kısaca tanımlanır. İkinci aşama olan envanter aşamasında bireyin sorunun nedenleri bulunmaya

alışılır. Üçüncü aşama durumsal cesaretlendirme basamağıdır, burada danışanın güçlü yönlerinin üzerinde durulur ve semptomun pozitif yorumlaması yapılır. Dördüncü aşama olan sözelleştirme basamağı; eylem aşamadır. Beşinci aşama amaçların genişletilmesi basamağıdır ve bu aşamada danışanı geleceğe hazırlamak söz konusudur [52], [75].

Program oturumlarının içerikleri de programın bütününde olduğu gibi konsültasyon basamağının beş basamağı takip edecek şekilde yapılandırılmıştır. Her bir oturum içeriğı beş basamaktan geçirilmiştir. Her oturumda umut ve denge prensibi temel alınarak katılımcıların o haftanın konusu ile ilgili denge kurma ve yeniden hedef oluşturma becerisi kazanması hedeflenmiştir. İçeriğe uygun egzersizlere yer verilmiştir. Her oturum sonunda ev çalışması verilmesi sonraki oturum ev çalışması ile başlanması planlanmıştır. Her oturumun kapanışı bir dakikalık sessizlik egzersizi ile yapılmıştır (Ek 1).

Çizelge 2.5. Pozitif Psikoterapiye Dayalı Psikolojik Dayanıklılık Programının Oturum Tema ve Amaçları

Oturum	Oturum Teması	Amaç
BİRİNCİ OTURUM (Gözlem- Mesafe)	<i>Tanışma</i>	Katılımcıların grubun amacını ve kurallarını öğrenmesi. Günlük yaşamlarında sahip oldukları var olan kaynaklarını fark etmesi.
İKİNCİ OTURUM (Envanter)	<i>Yaşam Dengesi</i>	Katılımcıların denge modelinin işlevini anlayarak yaşamlarında dengeye gelebilmek için ihtiyaçlarını fark edip harekete geçebilmesi.
ÜÇÜNCÜ OTURUM (Envanter)	<i>Gerçek Yetenekler</i>	Katılımcıların pozitif psikoterapideki yetenekleri tanınması. Kendi yetenekleri arasında denge kurmanın önemini kavraması.
DÖRDÜNCÜ OTURUM (Durumsal Cesaretlendirme)	<i>Benlik Saygısı (Kendini kabul, kendine inanma, kendine güven)</i>	Katılımcıların var olan kapasitelerini fark edip kendine inanma düzeylerini arttırmaları, değiştirmek istediklerini değiştirmek için kendilerine güvenmeleri ve değiştiremeyecekleri şeyleri kabul etmeleri.
BEŞİNCİ OTURUM (Sözelleştirme)	<i>Temas (Bedenle – Duygularla temas)</i>	Katılımcıların bedenleri ve duyguları temas etmeyi öğrenmesi. Duygularla kalma kapasitelerinin artması.
ALTINCI OTURUM (Sözelleştirme)	<i>İlişki (Diğeriyle temas)</i>	Katılımcıların ilişki kurma biçimlerini fark etmeleri, işlevsiz yolları yenileri ile değiştirmeleri.
YEDİNCİ OTURUM (Sözelleştirme)	<i>Kendi kendine yardım</i>	Katılımcıların zorlu yaşam olayları karşısında bu psikoeğitimde öğrendikleri bilgileri entegre ederek kullanabilecekleri yeni bir harita öğrenmeleri.
SEKİZİNCİ OTURUM (Amaçların Genişletilmesi)	<i>Veda</i>	Katılımcıların programın onlara kattıklarını fark etmeleri, bundan sonra nasıl bir yol izleyebilecekleri ile ilgili plan yapmaları.

2.8.4. Uygulama Aşaması

Programa katılmayı kabul eden tüm hemşirelerle ön görüşme yapılmıştır. Gönüllü hemşirelere programın amacı ve işleyiş hakkında bilgi verilmiştir. Programa katılmaya uygunluk açısından (herhangi bir fiziksel ya da ruhsal hastalığın akut döneminde olmamak) bilgi toplanmıştır. Çalışmaya alınan hemşirelere bilgilendirilmiş onam formu imzalatılmıştır.

2.8.5. Programın Uygulanacağı Ortam

Program araştırmanın yürütüleceği hastanenin bir toplantı salonunda gerçekleştirilmiştir. Toplantı odası, hemşirelerin kendilerini rahatlıkla ifade edebilecekleri, ses ve görüntü açısından izole bir alanda bulunmaktadır. Toplantı salonu U şeklinde oturma düzenine sahip bütün katılımcıların birbirini göreceği şekilde düzenlenmiştir. Bazı oturumlarda kullanılmak üzere barkovizyon cihazı ve bir bilgisayar bulundurulmuştur. Çalışmalarda kullanılacak diğer malzemeler araştırmacı tarafından temin edilmiştir (ağaç, mektup için zarf, not kağıtları vs.). Ayrıca grup çalışması arasında ihtiyaç duyulabilecek içecek ve yiyecekler de her oturum öncesi araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.



Görsel 1. Programın uygulandığı toplantı salonu.

(Fotoğraf araştırmacı tarafından çekilmiştir).

2.8.6. Ön Uygulama

- Programın ön uygulaması hastanede genellikle gündüz mesaisinde çalışan hemşirelerle gerçekleştirilmiştir.
- Her oturum sonrası pozitif psikoterapi master eğitimini tamamlamış deneyimli bir psikoterapist olan tez danışmanından süpervizyon desteği alınmıştır. Yapılan görüşmelerde; sürenin etkili kullanımı, etkinliklerin çıktıları, katılımcıların geri bildirimleri ve araştırmacının zorlandığı konular tartışılmıştır.
- 8 hafta/90 dakikadan oluşan program bütünüyle ön uygulama grubuna uygulanmıştır.
- Ön uygulama grubu 12 kişi ile başlanıp 12 kişi ile sonlandırılmıştır.
- Ön uygulama sonrası programın içeriği ile ilgili bir değişikliğe gidilmemiştir. Ön uygulama grubunun verileri çalışmanın verilerine dahil edilmeye uygun bulunmuştur.

2.8.7. Pozitif Psikoterapiye Dayalı Psikolojik Dayanıklılık Programının Uygulanması

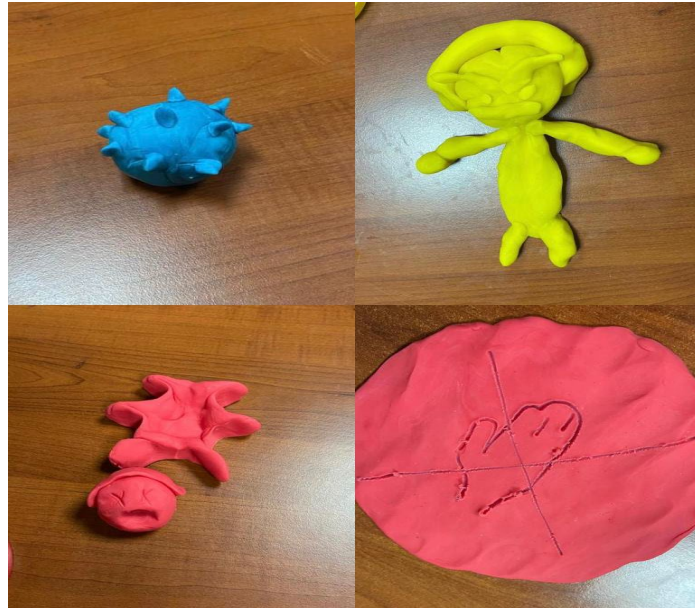
- Program öncesi katılımcılara ön test “Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği” uygulanmıştır.
- İlk oturumda “Katılımcı Rehber Kitapçığı” hemşirelere dağıtılmış ve kullanımı ile ilgili bilgi verilmiştir.
- Deney grubundaki katılımcılar 12’şer kişilik 3 gruba ayrılmıştır. Gruplarda yer alan hemşire sayısı literatüre uygunluk göstermektedir [9], [77].
- Araştırma kapsamında deney grubunda yer alan hemşirelere 8 haftalık “Pozitif Psikoterapiye Dayalı Psikolojik Dayanıklılık Programı” uygulanmıştır. Program 8 hafta 90 dakikalık oturumlardan oluşmaktadır. Oturumların sayısı ve süresi literatüre uygunluk göstermektedir [9], [77].
- Oturumlar haftanın aynı günü aynı saatte uygulanmıştır. Oturum saatleri ve gününü belirlemede hemşirelerin çalışma saatlerinin uygunluğuna dikkat edilmiştir.
- Gruplarda yer alan hemşireler gece ve gündüz mesaisinde ve hastanenin çeşitli birimlerinde çalışan hemşirelerden oluşturulmuştur.
- Ön uygulamada olduğu gibi gerektiğinde pozitif psikoterapi master eğitimini tamamlamış deneyimli bir psikoterapistten süpervizyon desteği alınmıştır.

- Araştırmacı bu süreçte 810 saatten oluşan Pozitif Psikoterapi Master eğitimini tamamlamış ve Pozitif Psikoterapist sertifikasını almıştır (Ek 7).

Görsel 2 ve Görsel 3’te bazı oturumlarda kullanılan egzersizlerle ilgili fotoğraflar paylaşılmıştır.



Görsel 2. “Beklenti ağacı”, 1.oturum programdan beklentilerin ortaya konulması egzersizi.
(Fotoğraf araştırmacı tarafından çekilmiştir).



Görsel 3. “ Duyguların ifadesi” , 5.oturum duygularla temas egzersizi.
(Fotoğraf araştırmacı tarafından çekilmiştir)

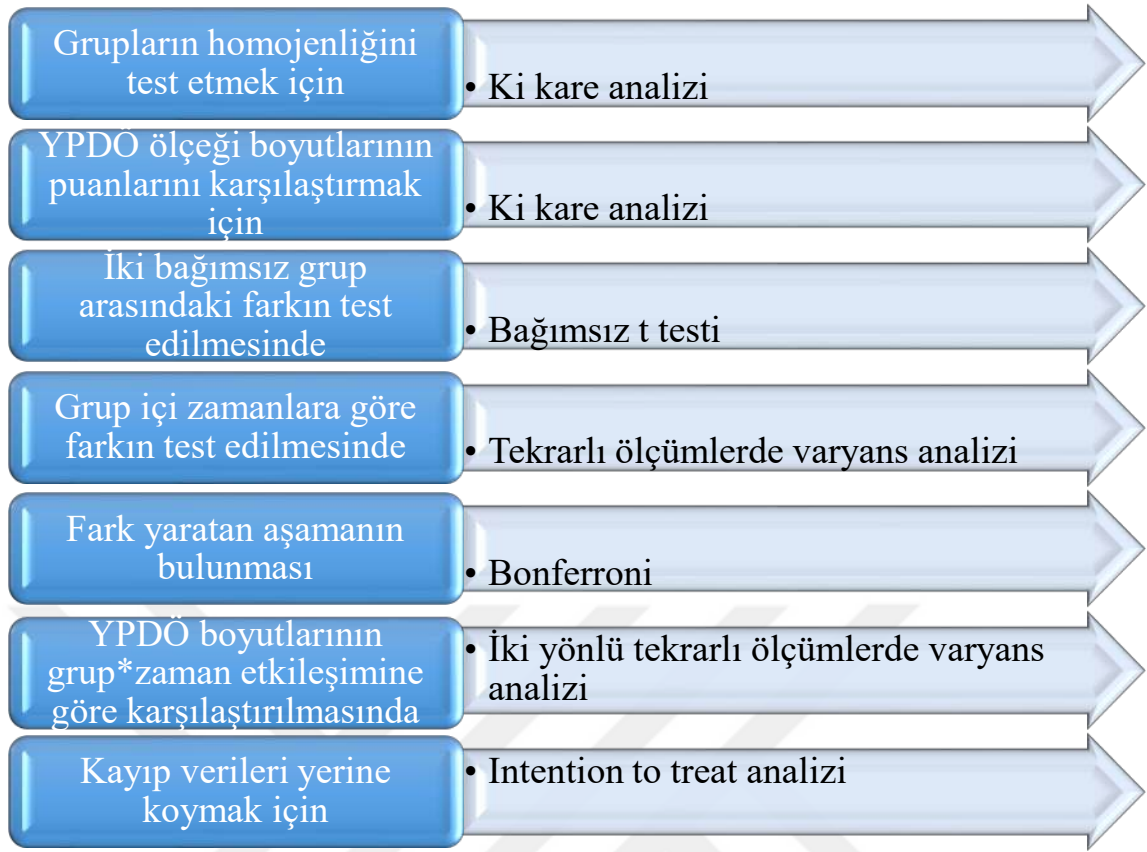
2.9. UYGULAMA PROTOKOLÜ İLKELERİ

- Araştırmada kullanılacak olan eğitim ve danışmanlık bilgilerini ulusal ve uluslararası kılavuzlara dayandırmak,
- Hemşirelerin bireyselliği göz önünde tutularak doğru bilgi vermek,
- Motivasyonu sürdürme konusunda rehberlik etmek,
- Bireyleri desteklemek, geri bildirim vermek,
- Katılımcılar için hazırlanan katılımcı rehberinden kitabından mümkün olduğu kadar yararlanmalarını sağlamak,
- Bireylerin soruları için ulaşılabilirliği sağlamak,
- Araştırmanın tamamlanmasından sonra kontrol grubundan gönüllü olan hemşireler ile program tekrarlanacaktır.

2.10. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE ANALİZİ

2.10.1. Nicel Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi

Araştırmada elde edilen veriler free trial version of SPSS Statistics (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken (sayı, yüzde, medyan, ortalama, standart sapma) tanımlayıcı istatistiksel metotlar kullanılmıştır. Grupların homojenliğini test etmek için ki kare analizi uygulanmıştır. Kullanılan verilerin normal dağılıma uygunluğu test edilmiştir. Normal dağılıma uygunluk Q-Q Plot çizimi ile incelenmiştir [78]. Ayrıca, kullanılan verilerin normal dağılım göstermesi çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 3 arasında olmasına bağlıdır [79]. Normal dağılıma sahip verilerde niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki bağımsız grup arasındaki fark için bağımsız t testi, ikiden fazla bağımlı aşama karşılaştırılmasında ise tekrarlı ölçümlerde varyans analizi uygulanmış ve fark bulunduğu durumda fark yaratan aşamayı bulmak için Bonferroni kullanılmıştır. Analizlerde istatistiksel anlamlılık 0,05 düzeyinden yorumlanmış olup; $p < 0,05$ olması durumunda anlamlı bir farklılığın olduğu, $p > 0,05$ olması durumunda ise anlamlı bir farklılığın olmadığı belirtilmiştir. Kayıp verileri yerine koymak için Intention to treat analizi yapılmıştır.



Şekil 2.2. Nicel verilerin analizinde kullanılan istatistiksel yöntemler

2.10.2. Nitel Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi

Yarı yapılandırılmış görüşme formunda bulunan her bir soruya ait sözlü ve yazılı olarak toplanan veriler, görüşme esnasında tutulan gözlem notları ile değiştirilmeden bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Veriler bilgisayar ortamına aktarılırken katılımcıların isimleri kullanılmamış, numaralandırma yapılmıştır. Aktarılan görüş ve notların araştırmanın amacına uygun olup olmadığı kontrol edilmiş ve amaca uygunluğu belirlenmiştir. Öncelikle, katılımcıların ifadeleri hiç değiştirilmeden bilgisayar ortamında deşifre edilmiştir. İkinci aşamada program üzerinde bu ifadeler tekrar tekrar okunarak anlamlı kategoriye giren ifadeler kodlar ve alt kodlarla etiketlenmiştir. Daha sonra, tüm görüşmelerden elde edilen kodlar, benzerlik ve farklılıkları belirlemek için çapraz incelemeye (araştırmacı ve tez danışmanı tarafından) tabi tutulmuştur. Kodlar anlam bütünlüğüne göre gruplandırılmış ve bu kodları temsil edebilecek, tema ve alt temalar oluşturulmuştur (Şekil 2.3).



Şekil 2.3. Nitel verilerin analiz aşamaları

2.11. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırma için Düzce Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan gerekli izinler alınmıştır (Numara: 2023/31)(Ek 9). Araştırmaya dahil edilen hemşireleri bilgilendirmek ve onamlarını almak için “Bilgilendirilmiş Onam Formu” kullanılmıştır. Araştırma sonunda elde edilen bilgilerin araştırma raporu dışında herhangi bir yerde kullanılmayacağı ve bireylerin araştırmadan istedikleri anda ayrılacakları sözel ve yazılı olarak belirtilmiştir.

2.12. ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ

- Araştırma tasarımında randomize kontrollü deneysel ve nitel (fenomolojik) desenin birlikte kullanılması,
- Pozitif Psikoterapiye Dayalı Psikolojik Dayanıklılık Programının içerik hazırlığında ve uygulama sırasında deneyimli Pozitif Psikoterapistlerden uzman görüşü süpervizyon desteğinin alınması,
- Pozitif Psikoterapiye Dayalı Psikolojik Dayanıklılık Programını uygulayan araştırmacının Pozitif Psikoterapi Master eğitimini tamamlamış sertifikalı Pozitif Psikoterapist olması araştırmanın güçlü yönleridir.



3. NİCEL BULGULAR VE TARTIŞMA

Bu bölümde katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği kullanılarak toplanan verilerden elde edilen bulgular yer almaktadır.

3.1. GRUPLARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Çizelge 3.1. Araştırmaya kapsamındaki hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı

Değişkenler		Deney		Kontrol		Toplam		Test Değeri	p
		n	%	n	%	n	%		
Cinsiyet	Kadın	33	91.7	31	86.1	64	88.9	0.563**	0.355
	Erkek	3	8.3	5	13.9	8	11.1		
Mezuniyet durumu	Lise	3	8.3	6	16.7	9	12.5	4.493**	0.106
	Lisans	22	61.1	26	72.2	48	66.7		
	Lisansüstü	11	30.6	4	11.1	15	20.8		
Medeni durum	Evli	23	63.9	26	72.2	49	68.1	0.575**	0.307
	Bekâr	13	36.1	10	27.8	23	31.9		
Vardiya durumu	Sürekli gündüz	11	30.5	13	36.1	24	33.3	3.424**	0.343
	Sürekli gece	1	2.8	0	0.0	1	1.4		
	Gece-gündüz nöbetli	18	50.0	21	58.3	39	54.2		
	Diğer	6	16.7	2	5.6	8	11.1		
Toplam		36	100.0	36	100.0	72	100.0		
Değişkenler		Deney		Kontrol		Toplam		Test Değeri	p
		$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS		
Yaş		38.33	6.65	33.72	7.19	36.03	7.26	2.823**	0.006*
Çalışma yılı		16.60	6.42	12.89	6.98	14.74	6.92	2.344**	0.022*

*p<0.05, **Ki kare analizi, ***Bağımsız t testi

Katılımcıların gruplarına göre demografik özelliklerinin dağılımı Çizelge 3.1.'de verilmiştir. Katılımcıların grupları ile cinsiyet, mezuniyet durumu, medeni durumu ve vardiya durumu arasındaki ilişkiyi test etmek için ki kare analizi, yaş ve çalışma yılı arasındaki farkı test etmek için ise bağımsız t testi uygulanmıştır. Katılımcıların gruplarına göre yaş ve çalışma yılları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Grup 1'in yaşlarının ve çalışma yıllarının, grup 2'den daha fazla olduğu görülmektedir.

Elde edilen bu sonuç; müdahale ve kontrol gruplarında yer alan hemşireler arasında homojen bir dağılım olduğunu göstermektedir. Grupları oluşturan katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin birbirlerine çoğunlukla benzer olması yanlılığı azaltarak çalışmanın güvenilirliğini artırmaktadır. Bu araştırmada gruplar arası homojen dağılım sağlanarak, araştırma sonucunun etkilenmesinin önüne geçilmiştir.

3.2. HEMŞİRELERİN ÖN TEST, SON TEST VE İZLEM ÖLÇÜMLERİNDEN ALDIKLARI PUANLARIN KARŞILAŞTIRILMASI

Bu bölümde çalışmaya dahil edilen müdahale ve kontrol grubundaki hemşirelerin Pozitif Psikoterapiye Dayalı Psikolojik Dayanıklılık Programı ön test, son test ve izlem testi ölçümlerinin gruplar arasındaki farklılıklarının karşılaştırılmasına ait bulgular yer almaktadır.

3.2.1. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğinin Gruplar Arası Karşılaştırılması

Çizelge 3.2 ve 3.3'de hemşirelerin gruplarına göre YPDÖ ölçeği alt boyutlarının puanlarının karşılaştırılmasına yer verilmiştir. Çizelge 3.2 katılımcıların cevaplarının olduğu hali ile hesaplanan puanları göstermektedir. Çizelge 3.3'de Intention to treat analizi yapılarak elde edilen bulgular yer almaktadır. Bulgular arasında anlamlı değiştirecek fark görülmemiştir. Hemşirelerin gruplarına göre YPDÖ ölçeği boyutlarının puanlarını karşılaştırmak için bağımsız t testi uygulanmıştır.

Çizelge 3.2. Katılımcıların gruplarına göre psikolojik dayanıklılık ölçeği ve boyutlarının karşılaştırılması

Ölçek ve Boyutları	Ölçüm Zamanı	Deney			Kontrol			Test Değeri	P	Etki Büyüklüğü
		Med	$\bar{X}$	SS	Med	$\bar{X}$	SS			
Kendilik Algısı	Ön test (n:72)	3.75	3.46	0.88	3.75	3.66	0.76	-1.036	0.304	0.243
	Son test (n:66)	3.48	3.55	0.56	3.88	3.65	0.72	-0.597	0.553	0.135
	İzlem testi (n:66)	3.75	3.65	0.77	3.75	3.69	0.75	-0.233	0.816	0.053
Gelecek Algısı	Ön test (n:72)	3.50	3.69	0.60	4.00	3.88	0.91	-0.997	0.322	0.247
	Son test (n:66)	3.81	3.90	0.63	4.00	3.85	0.82	0.292	0.771	0.071
	İzlem testi (n:66)	4.00	3.85	0.66	4.00	3.91	0.78	-0.327	0.745	0.083
Yapısal Stil	Ön test (n:72)	3.75	3.67	0.83	4.25	4.13	0.51	-2.846	0.006*	0.668
	Son test (n:66)	4.08	3.76	0.79	4.08	4.04	0.57	-1.676	0.098	0.406
	İzlem testi (n:66)	4.08	3.82	0.81	4.25	4.17	0.57	-2.103	0.039*	0.500
Sosyal Yeterlilik	Ön test (n:72)	3.83	3.78	0.62	3.92	3.85	0.57	-0.527	0.600	0.118
	Son test (n:66)	4.00	3.99	0.61	4.00	3.85	0.61	0.969	0.336	0.230
	İzlem testi (n:66)	4.23	4.08	0.49	4.00	3.94	0.61	1.093	0.278	0.245
Aile Uyumu	Ön test (n:72)	3.67	3.66	0.66	3.67	3.67	0.70	-0.058	0.954	0.015
	Son test (n:66)	4.00	3.91	0.66	3.50	3.57	0.70	2.070	0.042*	0.500
	İzlem testi (n:66)	4.00	3.83	0.67	3.50	3.63	0.69	1.299	0.198	0.294
Sosyal Kaynaklar	Ön test (n:72)	4.29	4.18	0.51	4.14	4.20	0.45	-0.175	0.862	0.042
	Son test (n:66)	4.29	4.28	0.44	4.14	4.16	0.48	1.055	0.295	0.261
	İzlem testi (n:66)	4.41	4.29	0.50	4.14	4.09	0.56	1.586	0.117	0.370
Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	Ön test (n:72)	3.85	3.77	0.45	3.89	3.92	0.46	-1.395	0.168	0.330
	Son test (n:66)	4.00	3.93	0.43	3.92	3.88	0.47	0.506	0.614	0.111
	İzlem testi (n:66)	3.97	3.95	0.44	3.98	3.92	0.51	0.290	0.772	0.063

*p<0.05, **Bağımsız t testi

Çizelge 3.3. Katılımcıların gruplarına göre psikolojik dayanıklılık ölçeği ve boyutlarının karşılaştırılması (ITT)

Ölçek ve Boyutları	Ölçüm Zamanı	Deney			Kontrol			Test Değeri	P	Etki Büyüklüğü
		Med	$\bar{X}$	SS	Med	$\bar{X}$	SS			
Kendilik Algısı	Ön test (n:72)	3.75	3.46	0.88	3.75	3.66	0.76	-1.036	0.304	0.243
	Son test (n:72)	3.50	3.55	0.76	3.88	3.65	0.72	-0.597	0.553	0.135
	İzlem testi(n:72)	3.75	3.65	0.77	3.75	3.69	0.75	-0.233	0.816	0.053
Gelecek Algısı	Ön test (n:72)	3.50	3.69	0.60	4.00	3.88	0.91	-0.997	0.322	0.247
	Son test (n:72)	3.75	3.90	0.57	4.00	3.85	0.82	0.292	0.771	0.071
	İzlem testi(n:72)	4.00	3.85	0.66	4.00	3.91	0.78	-0.327	0.745	0.083
Yapısal Stil	Ön test (n:72)	3.75	3.67	0.83	4.25	4.13	0.51	-2.846	0.006*	0.668
	Son test (n:72)	4.08	3.76	0.79	4.08	4.04	0.57	-1.676	0.058	0.406
	İzlem testi(n:72)	4.08	3.82	0.81	4.25	4.17	0.57	-2.103	0.039*	0.500
Sosyal Yeterlilik	Ön test (n:72)	3.83	3.78	0.62	3.92	3.85	0.57	-0.527	0.600	0.118
	Son test (n:72)	4.00	3.99	0.61	4.00	3.85	0.61	0.969	0.336	0.230
	İzlem testi(n:72)	4.17	4.08	0.53	4.00	3.94	0.61	1.093	0.078*	0.245
Aile Uyumu	Ön test (n:72)	3.67	3.66	0.66	3.67	3.67	0.70	-0.058	0.954	0.015
	Son test (n:72)	4.00	3.91	0.66	3.50	3.57	0.70	2.070	0.042*	0.500
	İzlem testi(n:72)	4.04	3.83	0.67	3.50	3.63	0.69	1.299	0.098*	0.294
Sosyal Kaynaklar	Ön test (n:72)	4.29	4.18	0.51	4.14	4.20	0.45	-0.175	0.862	0.042
	Son test (n:72)	4.29	4.28	0.44	4.14	4.16	0.48	1.055	0.295	0.261
	İzlem testi(n:72)	4.36	4.29	0.52	4.14	4.09	0.56	1.586	0.117	0.370
Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	Ön test (n:72)	3.85	3.77	0.45	3.89	3.92	0.46	-1.395	0.168	0.330
	Son test (n:72)	4.05	3.93	0.43	3.92	3.88	0.47	0.506	0.014*	0.111
	İzlem testi(n:72)	3.99	3.95	0.44	3.92	3.92	0.51	0.290	0.172	0.063

*p<0.05, **Bağımsız t testi

Katılımcıların gruplarına göre YPDÖ ve boyutlarının karşılaştırılması incelendiğinde, katılımcıların gruplarına göre yapısal stil ön test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Kontrol grubunun yapısal stil ön test puanlarının, deney grubuna göre daha fazla olduğu görülmektedir. Etki büyüklüğünün ön testte Cohen's $d=0.668$ ve izlem testinde Cohen's $d=0.500$ olduğu görülmektedir.

Sosyal Yeterlilik boyutunda izlem testinde deney grubu lehine anlamlı olmaya yakın bir fark gözlenmiş ($p=0.078$), ancak bu fark önemli bir etki büyüklüğüne sahip değildir (Cohen's $d=0.245$).

Katılımcıların gruplarına göre aile uyumu alt boyutunda son testte deney grubu lehine anlamlı bir fark tespit edilmiş ($p=0.042$) ve orta düzeyde bir etki büyüklüğüne (Cohen's $d=0.500$) sahip olduğu gözlemlenmiştir.

Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin son testindeki t değeri istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.014$), ancak düşük bir etki büyüklüğüne (Cohen's $d=0.111$) sahiptir, bu da müdahalenin bu boyutta sadece küçük bir etkisi olduğunu göstermektedir.

3.2.2. Deney ve kontrol grubunun zamana bağlı psikolojik dayanıklılık ölçeği ve boyutlarının karşılaştırılması

Çizelge 3.4 ve 3.5'de deney grubunda yer alan hemşirelerin zamana göre YPDÖ ölçeği alt boyutlarının puanlarının karşılaştırılmasına yer verilmiştir. Çizelge 3.4 katılımcıların cevaplarının olduğu hali ile hesaplanan puanları göstermektedir. Çizelge 3.5' de Intention to treat analizi yapılarak elde edilen bulgular yer almaktadır. Bulgular arasında anlamı değiştirecek fark görülmemiştir. Hemşirelerin zamana göre YPDÖ ölçeği boyutlarının puanlarını karşılaştırmak için varyans analizi uygulanmıştır.

Çizelge 3.4. Deney grubu katılımcılarının zamana bağlı psikolojik dayanıklılık ölçeği ve boyutlarının karşılaştırılması

Ölçek ve Boyutları	Ölçüm Zamanı	Deney			Test Değeri	P	Etki Büyüklüğü	Bonferroni
		Med	$\bar{X}$	SS				
Kendilik Algısı	Ön test (n:36)	3.75	3.46	0.88	1.942**	0.151	0.053	-
	Son test (n:31)	3.48	3.55	0.56				
	İzlem testi (n:31)	3.75	3.65	0.77				
Gelecek Algısı	Ön test (1) (n:36)	3.50	3.69	0.60	3.157**	0.049*	0.083	2>1, 3>1, 2>3
	Son test (2) (n:31)	3.81	3.90	0.63				
	İzlem testi (3) (n:31)	4.00	3.85	0.66				
Yapısal Stil	Ön test (n:36)	3.75	3.67	0.83	2.357**	0.102	0.063	-
	Son test (n:31)	4.08	3.76	0.79				
	İzlem testi (n:31)	4.08	3.82	0.81				
Sosyal Yeterlilik	Ön test (1) (n:36)	3.83	3.78	0.62	10.519**	0.000*	0.231	3>1, 3>2, 2>1
	Son test (2) (n:31)	3.91	3.99	0.81				
	İzlem testi (3) (n:31)	4.23	4.08	0.49				
Aile Uyum	Ön test (1) (n:36)	3.67	3.66	0.66	6.432**	0.003*	0.155	2>1, 3>1, 2>3
	Son test (2) (n:31)	4.00	3.91	0.66				
	İzlem testi (3) (n:31)	4.00	3.83	0.67				
Sosyal Kaynaklar	Ön test (n:36)	4.29	4.18	0.51	1.609**	0.207	0.044	
	Son test (n:31)	4.29	4.28	0.44				
	İzlem testi (n:31)	4.41	4.29	0.50				
Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	Ön test (1) (n:36)	3.85	3.77	0.45	12.547**	0.000*	0.264	2>1, 3>1
	Son test (2) (n:31)	4.00	3.93	0.43				
	İzlem testi (3) (n:31)	3.97	3.95	0.44				

*p<0.05, **Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi

Çizelge 3.5. Deney grubu katılımcılarının zamana bağlı psikolojik dayanıklılık ölçeği ve boyutlarının karşılaştırılması (ITT)

Ölçek ve Boyutları	Ölçüm Zamanı	Deney			Test Değeri	P	Etki Büyüklüğü	Bonferroni
		Med	$\bar{X}$	SS				
Kendilik Algısı	Ön test (n:36)	3.75	3.46	0.88	1.942**	0.151	0.053	-
	Son test (n:36)	3.50	3.55	0.76				
	İzlem testi (n:36)	3.75	3.65	0.77				
Gelecek Algısı	Ön test (1) (n:36)	3.50	3.69	0.60	3.157**	0.049*	0.083	2>1, 3>1, 2>3
	Son test (2) (n:36)	3.75	3.90	0.57				
	İzlem testi (3) (n:36)	4.00	3.85	0.66				
Yapısal Stil	Ön test (1) (n:36)	3.75	3.67	0.83	2.357**	0.042	0.063	2>1, 3>1
	Son test (2) (n:36)	4.08	3.76	0.79				
	İzlem testi (3) (n:36)	4.08	3.82	0.81				
Sosyal Yeterlilik	Ön test (1) (n:36)	3.83	3.78	0.62	10.519**	0.000*	0.231	3>1, 3>2, 2>1
	Son test (2) (n:36)	4.00	3.99	0.61				
	İzlem testi (3) (n:36)	4.17	4.08	0.53				
Aile Uyum	Ön test (1) (n:36)	3.67	3.66	0.66	6.432**	0.003*	0.155	2>1, 3>1, 2>3
	Son test (2) (n:36)	4.00	3.91	0.66				
	İzlem testi (3) (n:36)	4.04	3.83	0.67				
Sosyal Kaynaklar	Ön test (n:36)	4.29	4.18	0.51	1.609**	0.207	0.044	
	Son test (n:36)	4.29	4.28	0.44				
	İzlem testi (n:36)	4.36	4.29	0.52				
Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	Ön test (1) (n:36)	3.85	3.77	0.45	12.547**	0.000*	0.264	2>1, 3>1
	Son test (2) (n:36)	4.05	3.93	0.43				
	İzlem testi (3) (n:36)	3.99	3.95	0.44				

*p<0.05, **Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi

Kendilik Algısı boyutu için yapılan analizde, ön test ve izlem testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Etki büyüklüğü %5.3 olarak hesaplanmıştır, bu düşük bir etki büyüklüğüdür ve pratikte önemli bir farkı işaret etmemektedir.

Gelecek Algısı boyutunda ise, ön test, son test ve izlem testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar tespit edilmiştir ($p<0.05$). Bonferroni düzeltmesi sonucunda, son test ve izlem testi puanlarının ön test puanlarından ve son test puanlarının izlem testi puanlarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Etki büyüklüğü %8.3 olarak belirlenmiştir, bu orta düzeyde bir etki büyüklüğüdür ve müdahalenin Gelecek Algısı üzerinde zamanla artan bir etkisi olduğunu göstermektedir.

Yapısal Stil boyutunda, ön test ile son test ve izlem testi puanları arasında anlamlı farklar bulunmuş ($p<0.05$) ve Bonferroni düzeltmesi ile son test ile izlem testi puanlarının ön test puanlarından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Etki büyüklüğü %6.3'tür, bu da orta düzeyde bir etki büyüklüğüne işaret etmektedir.

Sosyal Yeterlilik boyutunda, ön testten izlem testine doğru ilerleyen zaman dilimlerinde puanlar arasında çok yüksek anlamlılık düzeyi ($p<0.001$) ve önemli bir etki büyüklüğü (%23.1) tespit edilmiştir. Bonferroni düzeltmesine göre, izlem testi puanları ön test ve son test puanlarından, son test puanları da ön test puanlarından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Sosyal kaynaklar boyutu için yapılan analizde ön test, son test ve izlem testinde anlamlı farklılıklar görülmemiştir ($p>0.05$).

Aile Uyumu boyutunda, ön test ile son test ve izlem testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar saptanmış ($p<0.05$) ve etki büyüklüğü %15.5 olarak belirlenmiştir. Bonferroni düzeltmesi sonucunda, son test ve izlem testi puanlarının ön test puanlarından, son test puanlarının izlem testi puanlarından daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği genelinde yapılan analizde, ön test ile son test ve izlem testi puanları arasında son derece anlamlı farklar tespit edilmiş ($p<0.001$) ve etki büyüklüğü %26.4 olarak hesaplanmıştır. Bu, son test ve izlem testi puanlarının ön test puanlarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğunu göstermektedir.

Çizelge 3.6 ve 3.7'de kontrol grubunda yer alan hemşirelerin zamana göre YPDÖ ölçeği alt boyutlarının puanlarının karşılaştırılmasına yer verilmiştir. Bulgular arasında anlamlı değiştirecek fark görülmemiştir.

Çizelge 3.6. Kontrol grubu katılımcılarının zamana bağlı psikolojik dayanıklılık ölçeği ve boyutlarının karşılaştırılması

Ölçek ve Boyutları	Ölçüm Zamanı	Kontrol			Test Değeri	p	Etki Büyüklüğü
		Med	$\bar{X}$	SS			
Kendilik Algısı	Ön test (n:36)	3.75	3.66	0.76	0.056**	0.946	0.002
	Son test (n:35)	3.48	3.55	0.56			
	İzlem testi (n:35)	3.75	3.69	0.75			
Gelecek Algısı	Ön test (n:36)	4.00	3.88	0.91	0.148**	0.863	0.004
	Son test (n:35)	3.81	3.90	0.63			
	İzlem testi (n:35)	4.00	3.91	0.78			
Yapısal Stil	Ön test (n:36)	4.25	4.13	0.51	1.147**	0.323	0.032
	Son test (n:35)	4.08	4.04	0.57			
	İzlem testi (n:35)	4.25	4.17	0.57			
Sosyal Yeterlilik	Ön test (n:36)	3.92	3.85	0.57	0.867**	0.425	0.024
	Son test (n:35)	3.91	3.99	0.81			
	İzlem testi (n:35)	4.23	4.08	0.49			
Aile Uyum	Ön test (n:36)	3.67	3.67	0.70	0.680**	0.510	0.019
	Son test (n:35)	3.50	3.57	0.70			
	İzlem testi (n:35)	3.50	3.63	0.69			
Sosyal Kaynaklar	Ön test (n:36)	4.14	4.20	0.45	1.116**	0.333	0.031
	Son test (n:35)	4.14	4.16	0.48			
	İzlem testi (n:35)	4.41	4.29	0.50			
Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	Ön test (n:36)	3.89	3.92	0.46	0.506**	0.605	0.014
	Son test (n:35)	3.92	3.88	0.47			
	İzlem testi (n:35)	3.98	3.92	0.51			

*p<0.05, ** Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi

Çizelge 3.7. Kontrol grubu katılımcılarının zamana bağlı psikolojik dayanıklılık ölçeği ve boyutlarının karşılaştırılması (ITT)

Ölçek ve Boyutları	Ölçüm Zamanı	Kontrol			Test Değeri	p	Etki Büyüklüğü
		Med	$\bar{X}$	SS			
Kendilik Algısı	Ön test (n:36)	3.75	3.66	0.76	0.056**	0.946	0.002
	Son test (n:36)	3.88	3.65	0.72			
	İzlem testi (n:36)	3.75	3.69	0.75			
Gelecek Algısı	Ön test (n:36)	4.00	3.88	0.91	0.148**	0.863	0.004
	Son test (n:36)	4.00	3.85	0.82			
	İzlem testi (n:36)	4.00	3.91	0.78			
Yapısal Stil	Ön test (n:36)	4.25	4.13	0.51	1.147**	0.323	0.032
	Son test (n:36)	4.08	4.04	0.57			
	İzlem testi (n:36)	4.25	4.17	0.57			
Sosyal Yeterlilik	Ön test (n:36)	3.92	3.85	0.57	0.867**	0.425	0.024
	Son test (n:36)	4.00	3.85	0.61			
	İzlem testi (n:36)	4.00	3.94	0.61			
Aile Uyum	Ön test (n:36)	3.67	3.67	0.70	0.680**	0.510	0.019
	Son test (n:36)	3.50	3.57	0.70			
	İzlem testi (n:36)	3.50	3.63	0.69			
Sosyal Kaynaklar	Ön test (n:36)	4.14	4.20	0.45	1.116**	0.333	0.031
	Son test (n:36)	4.14	4.16	0.48			
	İzlem testi (n:36)	4.14	4.09	0.56			
Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	Ön test (n:36)	3.89	3.92	0.46	0.506**	0.605	0.014
	Son test (n:36)	3.92	3.88	0.47			
	İzlem testi (n:36)	3.98	3.92	0.51			

*p<0.05, ** Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi

Kontrol grubu katılımcılarının zamana bağı psikolojik dayanıklılık ölçeğı ve boyutlarının karşılaştırılması incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

3.2.3. Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeğı ve boyutlarının grup-zaman etkileşimi yönünden karşılaştırılması

Çizelge 3.8 ve 3.9’da katılımcıların gruplarına göre psikolojik dayanıklılık ölçeğı ve boyutlarının grup ve zaman etkileşimi açısından karşılaştırılmasını sunmaktadır. Çizelge 3.8 katılımcıların cevaplarının olduğu hali ile hesaplanan puanları göstermektedir. Çizelge 3.9’ da Intention to treat analizi yapılarak elde edilen bulgular yer almaktadır. Bulgular arasında anlamı değiştirecek fark görülmemiştir. Çoklu gruplarda iki yönlü karma desen varyans analizi (Two-way Mixed ANOVA) kullanılarak, deney ve kontrol gruplarının zamana bağı değişimleri ve bu değişimlerin gruplar arası etkileşimleri incelenmiştir.

Çizelge 3.8. Katılımcıların gruplarına göre psikolojik dayanıklılık ölçeği ve boyutlarının grup*zaman etkileşimi yönünden karşılaştırılması

Ölçek ve Boyutları	Ölçüm Zamanı	Deney			Kontrol			Test Değeri	p	Etki Büyüklüğü
		Med	$\bar{X}$	SS	Med	$\bar{X}$	SS			
Kendilik Algısı	Ön test (n:72)	3.75	3.46	0.88	3.75	3.66	0.76	$F_{grup}=0.509$	$p_{grup}=0.478$	0.007
	Son test (n:66)	3.48	3.55	0.56	3.88	3.65	0.72	$F_{zaman}=1.115$	$p_{zaman}=0.331$	0.016
	İzlem testi (n:66)	3.75	3.65	0.77	3.75	3.69	0.75	$F_{grup*zaman}=0.613$	$p_{grup*zaman}=0.543$	0.009
Gelecek Algısı	Ön test (n:72)	3.50	3.69	0.60	4.00	3.88	0.91	$F_{grup}=0.170$	$p_{grup}=0.682$	0.002
	Son test (n:66)	3.81	3.90	0.63	4.00	3.85	0.82	$F_{zaman}=1.116$	$p_{zaman}=0.331$	0.016
	İzlem testi (n:66)	4.00	3.85	0.66	4.00	3.91	0.78	$F_{grup*zaman}=1.289$	$p_{grup*zaman}=0.294$	0.018
Yapısal Stil	Ön test (n:72)	3.75	3.67	0.83	4.25	4.13	0.51	$F_{grup}=5.848$	$p_{grup}=0.018^*$	0.077
	Son test (n:66)	4.08	3.76	0.79	4.08	4.04	0.57	$F_{zaman}=1.836$	$p_{zaman}=0.163$	0.026
	İzlem testi (n:66)	4.08	3.82	0.81	4.25	4.17	0.57	$F_{grup*zaman}=1.365$	$p_{grup*zaman}=0.256$	0.019
Sosyal Yeterlilik	Ön test (n:72)	3.83	3.78	0.62	3.92	3.85	0.57	$F_{grup}=0.313$	$p_{grup}=0.578$	0.004
	Son test (n:66)	3.91	3.99	0.81	4.00	3.85	0.61	$F_{zaman}=7.358$	$p_{zaman}=0.001^*$	0.095
	İzlem testi (n:66)	4.23	4.08	0.49	4.00	3.94	0.61	$F_{grup*zaman}=3.073$	$p_{grup*zaman}=0.049^*$	0.042
Aile Uyum	Ön test (n:72)	3.67	3.66	0.66	3.67	3.67	0.70	$F_{grup}=1.435$	$p_{grup}=0.235$	0.020
	Son test (n:66)	4.00	3.91	0.66	3.50	3.57	0.70	$F_{zaman}=1.261$	$p_{zaman}=0.287$	0.018
	İzlem testi (n:66)	4.00	3.83	0.67	3.50	3.63	0.69	$F_{grup*zaman}=5.247$	$p_{grup*zaman}=0.006^*$	0.070
Sosyal Kaynaklar	Ön test (n:72)	4.29	4.18	0.51	4.14	4.20	0.45	$F_{grup}=0.963$	$p_{grup}=0.330$	0.014
	Son test (n:66)	4.29	4.28	0.44	4.14	4.16	0.48	$F_{zaman}=0.259$	$p_{zaman}=0.772$	0.004
	İzlem testi (n:66)	4.41	4.29	0.50	4.14	4.09	0.56	$F_{grup*zaman}=2.413$	$p_{grup*zaman}=0.093$	0.033
Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	Ön test (n:72)	3.85	3.77	0.45	3.89	3.92	0.46	$F_{grup}=0.042$	$p_{grup}=0.837$	0.001
	Son test (n:66)	4.00	3.93	0.43	3.92	3.88	0.47	$F_{zaman}=3.745$	$p_{zaman}=0.026^*$	0.051
	İzlem testi (n:66)	3.97	3.95	0.44	3.98	3.92	0.51	$F_{grup*zaman}=5.755$	$p_{grup*zaman}=0.004^*$	0.076

* $p<0.05$, ** Çoklu grupta iki yönlü karma desen varyans analizi

Çizelge 3.9. Katılımcıların gruplarına göre psikolojik dayanıklılık ölçeği ve boyutlarının grup*zaman etkileşimi yönünden karşılaştırılması (ITT)

Ölçek ve Boyutları	Ölçüm Zamanı	Deney			Kontrol			Test Değeri	p	Etki Büyüklüğü
		Med	$\bar{X}$	SS	Med	$\bar{X}$	SS			
Kendilik Algısı	Ön test (n:72)	3.75	3.46	0.88	3.75	3.66	0.76	$F_{grup}=0.509$	$p_{grup}=0.478$	0.007
	Son test (n:72)	3.50	3.55	0.76	3.88	3.65	0.72	$F_{zaman}=1.115$	$p_{zaman}=0.331$	0.016
	İzlem testi (n:72)	3.75	3.65	0.77	3.75	3.69	0.75	$F_{grup*zaman}=0.613$	$p_{grup*zaman}=0.543$	0.009
Gelecek Algısı	Ön test (n:72)	3.50	3.69	0.60	4.00	3.88	0.91	$F_{grup}=0.170$	$p_{grup}=0.682$	0.002
	Son test (n:72)	3.75	3.90	0.57	4.00	3.85	0.82	$F_{zaman}=0.016$	$p_{zaman}=0.031^*$	0.016
	İzlem testi (n:72)	4.00	3.85	0.66	4.00	3.91	0.78	$F_{grup*zaman}=0.089$	$p_{grup*zaman}=0.044^*$	0.018
Yapısal Stil	Ön test (n:72)	3.75	3.67	0.83	4.25	4.13	0.51	$F_{grup}=5.848$	$p_{grup}=0.018^*$	0.077
	Son test (n:72)	4.08	3.76	0.79	4.08	4.04	0.57	$F_{zaman}=1.836$	$p_{zaman}=0.043^*$	0.026
	İzlem testi (n:72)	4.08	3.82	0.81	4.25	4.17	0.57	$F_{grup*zaman}=1.365$	$p_{grup*zaman}=0.049^*$	0.019
Sosyal Yeterlilik	Ön test (n:72)	3.83	3.78	0.62	3.92	3.85	0.57	$F_{grup}=0.313$	$p_{grup}=0.578$	0.004
	Son test (n:72)	4.00	3.99	0.61	4.00	3.85	0.61	$F_{zaman}=7.358$	$p_{zaman}=0.001^*$	0.095
	İzlem testi (n:72)	4.17	4.08	0.53	4.00	3.94	0.61	$F_{grup*zaman}=3.073$	$p_{grup*zaman}=0.049^*$	0.042
Aile Uyum	Ön test (n:72)	3.67	3.66	0.66	3.67	3.67	0.70	$F_{grup}=1.435$	$p_{grup}=0.235$	0.020
	Son test (n:72)	4.00	3.91	0.66	3.50	3.57	0.70	$F_{zaman}=1.261$	$p_{zaman}=0.287$	0.018
	İzlem testi	4.04	3.83	0.67	3.50	3.63	0.69	$F_{grup*zaman}=5.247$	$p_{grup*zaman}=0.006^*$	0.070
Sosyal Kaynaklar	Ön test (n:72)	4.29	4.18	0.51	4.14	4.20	0.45	$F_{grup}=0.963$	$p_{grup}=0.330$	0.014
	Son test (n:72)	4.29	4.28	0.44	4.14	4.16	0.48	$F_{zaman}=0.259$	$p_{zaman}=0.772$	0.004
	İzlem testi (n:72)	4.36	4.29	0.52	4.14	4.09	0.56	$F_{grup*zaman}=2.413$	$p_{grup*zaman}=0.093$	0.033
Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	Ön test (n:72)	3.85	3.77	0.45	3.89	3.92	0.46	$F_{grup}=0.042$	$p_{grup}=0.837$	0.001
	Son test (n:72)	4.05	3.93	0.43	3.92	3.88	0.47	$F_{zaman}=3.745$	$p_{zaman}=0.026^*$	0.051
	İzlem testi (n:72)	3.99	3.95	0.44	3.92	3.92	0.51	$F_{grup*zaman}=5.755$	$p_{grup*zaman}=0.004^*$	0.076

*p<0.05, ** Çoklu grupta iki yönlü karma desen varyans analizi

Analizin sonuçlarına göre, Yapısal Stil boyutunda grup zaman etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmuştur. $F_{\text{grup}}=5.848$, $p_{\text{grup}}=0.018$; $F_{\text{zaman}}=1.836$, $p_{\text{zaman}}=0.043$; ve $F_{(\text{grup}*\text{zaman})}=1.365$, $p_{(\text{grup}*\text{zaman})}=0.049$ olarak elde edilmiştir. Etki büyüklüğü %7.7 olarak hesaplanmıştır. Bu bulgular, Yapısal Stil boyutunun deney grubunda zamana bağlı olarak değiştiğini ve gruplar arasındaki etkileşimin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir.

Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği genelinde ise, zaman açısından $F_{\text{zaman}}=3.745$, $p_{\text{zaman}}=0.026$ ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmışken, $\text{grup}*\text{zaman}$ etkileşimi için de $F_{(\text{grup}*\text{zaman})}=5.755$, $p_{(\text{grup}*\text{zaman})}=0.004$ ile anlamlı bir etkileşim bulunmuştur. Etki büyüklüğü %7.6 olarak belirlenmiştir, bu da zaman içinde ve gruplar arası etkileşimin güçlü olduğunu gösterir.

Diğer boyutlarda, özellikle Gelecek Algısı ve Sosyal Yeterlilik boyutlarında, grup ve zaman etkileşimi için anlamlı sonuçlar elde edilmiştir. Bu, müdahalenin bu boyutlarda zamanla değişen etkisini ve gruplar arasındaki farklılıkları göstermektedir.

Elde edilen bulgular doğrultusunda; ölçeğin kendilik algısı alt boyutunda, deney ve kontrol grubunda grup içi zamana göre ve gruplar arası karşılaştırıldıklarında sonuçların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir. Bu alt boyut bireyin kendisini algılayış biçimi ile ilgilidir. Özellikle zorlu durumlarda güçlü yönlerini bilme ve bunları gerektiğinde kullanma kapasitesini gösterir [30]. PPDDP'nin dördüncü oturumunda katılımcıların güçlü yönlerini fark etmeleri ile ilgili egzersizlerin olduğu durumsal cesaretlenme oturumundan oluşmaktadır. Bu oturumda benlik saygısı ve alt boyutları ile ilgili farkındalık kazandırılmaya çalışılmıştır. Ancak bu farkındalık bu oturum yoluyla kazanılmış olsa da oturumda kullanılan egzersizler yetersiz kalmış olabilir. Katılımcılarda davranış değişikliği oluşturabilmek için PPDDP'nin bu bölümü genişletilebilir ve oturum sayısı arttırılabilir. Ayrıca bu bölümde ev ödevleri zenginleştirilebilir. Bununla birlikte araştırmanın nitel bölümünde hemşirelerin yaklaşık yarısından fazlası ilişkilerinde önceliği kendilerine vermeye, yaklaşık yarısı ilişkilerinde sınır koymaya, arkadaş ve aile üyelerine zaman ayırmaya başladıklarını, bazı hemşireler ilişkilerinde daha açık olmaya başladığını, bazı hemşireler ise öz-bakım ve öz şefkati arttırdığını ifade etmiştir. Hemşirelerde ortaya çıkan bireysel gelişmeler kendilik algısını olumlu yönde etkilediği düşünülebilir. Ancak bu bulgunun anlamlı istatistiksel sonuca yansımaması sonucun farkındalıkların henüz kalıcı olarak yerleşmemiş olması ile ilgili olabilir.

Gelecek algısı alt boyutunda, deney grubunda ön test, son test ve izlem testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, kontrol grubu katılımcılarında ise zamana göre anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Gelecek algısı alt boyutu bireyin gelecek algısı ile ilgilidir, bireyin zorlukları aşabileceğine olan inancını göstermektedir [30]. PPDDP oturumları Pozitif Psikoterapideki umut prensibi temel alınarak hazırlanmıştır. Buradan hareketle katılımcılar gelecekle ilgili hedef ve amaç oluşturabilmeleri ve bu amaçlara ulaşabilmek için yollar aramaları konusunda desteklenmiştir. Özellikle sekizinci oturumda (amaçların genişletilmesi) katılımcılar program boyunca öğrendiklerinden yola çıkarak yeniden amaçlar oluşturmalarına yardımcı olabilecek egzersizler yoluyla desteklenmişlerdir. Ayrıca programda kullanılan egzersizler ve ev ödevleri yoluyla farkındalık ve değişimlerini görmüş olmak hemşirelerin geleceğe yönelik umudunu arttırmış olabilir. Paralel olarak araştırmanın nitel bölümünde hemşireler gelecekleri ile ilgili plan yapmış, daha iyi bir gelecek hayali kurmuşlardır. Hemşireler, hem bütünsel sağlık ve zindeliği teşvik eden kişisel uygulamaların hem de zorlu durumlarla başa çıkma becerisine ilişkin kendini onaylayan inançlara sahip olmanın, uzun vadede işte devam etmelerine yardımcı olduğuna inanmaktadır [80], [81]. Hemşirelerin psikolojik dayanıklılığı, hemşirelerin daha iyi bir gelecek için plan yapmaları, hemşireliğin mesleki anlamına değer vermeleri ve hemşire olarak gelişmek istemeleri bakımından önceki psikolojik dayanıklılık kavramından daha spesifik anlamlara sahiptir. Zor durumlarda geleceği planlayan ve kendilerini daha da geliştirmek isteyen hemşirelerin bu özelliği, hemşire dayanıklılığını artırmaya yönelik müdahalelere yön verebilir [82]. Çalışmada, deney grubunda yer alan geleceğe yönelik algılarının olumlu olması, uygulanan psikolojik dayanıklılık programının bu kapsamda etkinliğini göstermektedir.

Çalışmada yapısal stil alt boyutunda deney grubunda puan ortalamalarında anlamlı düzeyde bir artış olsa da kontrol grubunda puan ortalamalarının başlangıçta yüksek olması nedeniyle gruplar arası anlamlı bir farklılık görülmediği düşünülmektedir. Bu boyut, bireyin olaylara, streslere ve zorluklara yaklaşma şeklini ifade etmektedir. Pozitif bir yapısal stil, esneklik, uyum ve çözüm odaklı bir yaklaşımı içerebilmektedir [30]. Yapısal stil alt boyutu aynı zamanda, yaşamda özgüvenli, disiplinli ve hedef odaklı olma durumunu göstermektedir [1]. Her iki grupta da ön test yapısal stil puanlarının yüksek olması hemşirelik mesleğinin doğasında yer alan disiplin ve düzen kaynaklı olabilir. Benzer şekilde araştırmanın nitel bölümünde katılım sağlayan hemşirelerin hepsinin

başarı boyutuna daha çok enerji verdikleri görülmüştür. Bununla birlikte deney grubundaki puan artışının anlamlı olması PPDDP'nin bu bölümde etkin olduğunu göstermektedir. Programın bütünü hemşireleri bu konuda desteklese de özellikle yedinci oturum katılımcıların zorlu yaşantılara karşısında farkındalıklarını artıracak egzersizlerden ve ev çalışmalarından oluşmaktadır.

Sosyal yeterlilik alt boyutuna bakıldığında, deney grubunda yer alan hemşirelerin zamana göre puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Sosyal yeterlilik, bireyin sosyal ilişkilerde başarılı olma ve etkileşimde bulunma yeteneğini ifade eder. Sağlam sosyal becerilere sahip olmak, destek sistemlerini güçlendirebilmektedir [30]. Benzer şekilde araştırmanın nitel boyutunda elde edilen sonuçlar paraleldir. Katılım sağlayan hemşirelerin çoğunluğu ilişkilerinde önceliği kendilerine vermeye başlama, sınırlarını yeniden oluşturma ve diğerine karşı daha açık olma gibi sosyal beceriler geliştirdiler. Görüşme yapılan hemşirelerin büyük bir kısmı hayatlarında önemli ilişkilerde, geçirilen zamanı arttırdılar ve ilişkiyi daha kaliteli hale getirmek için çaba harcamaya başladılar. Hemşirelerin yakın ilişki içinde oldukları kişilerle sağlıklı ilişki kurmaları, işyerindeki zorlukları ve stresleri yönetme becerilerine katkıda bulunur. İş yaşam dengesini korumak, hemşirelerin dayanıklılık duygusunu inşa etmeleri ve sürdürmeleri için elzemdir [83] [84]. Bu açıdan psikolojik dayanıklılığı yüksek kişilerin iyi sosyal becerilere sahip olduğu, sosyal ortamlarda bulunmak için çaba gösterdiği ve diğerlerinde olumlu bir izlenim bıraktığı görülmektedir [3]. Çalışmamızda bu alt boyutta izlem testi puanlarının son test puanlarından yüksek olduğu görülmektedir. Bu sonuç hemşirelerin süreç içerisinde sosyal yeterliliklerini geliştirme çabalarını devam ettirdikleri anlamına gelebilir. PPDDP'nin altıncı oturumu (diğeri ile ilişki) katılımcıların sosyal ilişkilerini yeniden düzenleyebilecekleri egzersiz ve ev çalışmalarını içeren bölümdür. Bu bölümün içerik olarak yeterli olduğu düşünülebilir. Bununla birlikte 8 hafta boyunca uygulanan PPDDP deney grubunda yer alan katılımcılar arasındaki sosyal etkileşimi ve sosyal desteği arttırmış olabilir, bu doğrultuda programın bu bölümde etkin olduğu söylenebilir.

Aile uyumu alt boyutu puan ortalamalarına bakıldığında, gruplar arası ve zamana göre deney grubunda puan ortalamasında artış görüldüğü ve artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. PPDDP'nin ikinci oturumda (yaşam dengesi) ilişki boyunda aile ile geçirilen zaman ve kalite yönünden farkındalıklar oluşturacak egzersizlere ve ev çalışmalarına yer verilmiştir. Ve yine beşinci oturum ilişkileri yeniden düzenleme (diğeri

ile ilişki) oturumu bu bölümde etkin olmuş olabilir. Bu sonuç araştırmanın nitel verileri ile uyumludur. Çalışmamızda programa katılan hemşirelerle yapılan derinlemesine görüşmelerde hayatlarında önemli ilişkilerde, geçirilen zamanı arttırdıkları ve ilişkiyi daha kaliteli hale getirmek için çaba harcadıkları görülmüştür. Aile uyumu boyutu, bireyin ailesiyle ilişkilerini ve aile içindeki destek sistemini kapsamaktadır. Sağlıklı aile uyumu, bireyin duygusal dayanıklılığını olumlu yönde etkileyebilmektedir [30]. Aile, arkadaşlar ve meslektaşlarla ilişkilerin sağlıklı temellendirilmesi, hemşirelerin iş ortamlarıyla başa çıkmak için kullandıkları bir diğer yaklaşım olarak görülmektedir [82]. Literatürde iyi sosyal destek ve kaynakların hemşirelerin duygusal tükenme ve tükenmişliği azaltmalarına yardımcı olabileceğini ve böylece meslekte kalmalarını teşvik ederek işten ayrılmaları önleyebileceğini bildiren çalışmalar mevcuttur [24], [26], [30]. Psikolojik dayanıklılık literatürü sosyal kaynaklar ve aile uyumunu psikolojik dayanıklılığın önemli ayaklarından biri olarak görmektedir [4], [22], [31], [79]. Son test aile uyumu puanlarının, izlem testi puanlarından daha fazla olması uygulanan psikolojik dayanıklılık programının bu bölümde etkili olduğu anlamına gelmektedir.

Ölçeğin alt boyutlarından sosyal kaynaklar boyutunda, deney ve kontrol grubunda grup içi puan ortalamaları yüksek düzeyde bulunmuştur. Deney grubunda girişimden sonra puan artışı görülse de yükselişin anlamlı düzeyde olmaması, katılımcıların program öncesi ölçüm puanlarının yüksek olması sebebiyle açıklanabilir. Sosyal kaynaklar, bireyin dış çevresinden aldığı destekleri ifade eder. Güçlü sosyal ağlar ve destekleyici çevre, zorluklarla başa çıkmada önemli bir etken olabilir [30]. Bazı çalışmalarda, sosyal ilişkiler ve desteklerin yanı sıra işyeri ağları ve destekleri, bireylerin olumsuz koşullara uyum sağlamalarına yardımcı olacak dış koruyucu mekanizmalar geliştirmelerini sağlayan temel çevresel dayanıklılık artırıcı faktörler olarak vurgulanmıştır [33], [85]. Aile ve arkadaşlarla destekleyici ilişkilerin varlığı, kişinin duygusal güvenliğini artırmaya ve zorlu durumlarla başa çıkmak zorunda kaldığında olumlu bir benlik kavramını teşvik etmeye yardımcı olmaktadır [80]. PPDDP sonrası hemşirelerin sosyal yeterlilik ve aile uyumu alt boyutlarında anlamlı değişimlerin olması ancak sosyal kaynaklar alt boyutunda anlamlı değişiklikler olmadığı görülmüştür. Bu durum PPDDP'nin hemşirelerin diğeri ile ilişkileri düzenleme konusunda yeterli ancak zorlandıklarında destek arama konusunda eksik kaldığını düşündürülebilir. Buradan yola çıkarak hemşirelerin sosyal kaynaklarını gerektiğini kullanabilme konusunda farkındalığını ve becerisini arttıracak oturumlar eklenebilir.

Analiz sonucuna göre PPDDP girişimi sonrası;

- Gruplar arası YPDÖ puan ortalamaları farkının düşük düzeyde anlamlı olması (Alt hipotez a. Psikolojik dayanıklılık puan ortalamaları yönünden gruplar arasında fark vardır),
- Girişim uygulanan grupta zamana göre istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı farklılık olması (Alt hipotez b. Psikolojik dayanıklılık puan ortalamaları yönünden zamana göre fark vardır) ve kontrol grubunda zamana göre YPDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar olmaması,
- Deney ve kontrol grubu arasında grup zaman etkileşimi yönünden güçlü anlamlı farklılık bulunması (Alt hipotez c. Psikolojik dayanıklılık puan ortalamaları yönünden zaman ve gruplar arasında etkileşim vardır) bize uygulanan girişimin etkin olduğunu göstermektedir.

Literatürde hemşirelerin psikolojik dayanıklılığını arttırmak için çeşitli eğitim programları mevcuttur. Bu programlar duygu düzenleme, stres azaltma, akran desteği gibi teknikleri içeren 8 ile 12 oturum sayısını içeren eğitimlerdir. Programların büyük çoğunluğu hemşirelerin psikolojik dayanıklılığını arttırırken [8], [9], [17], [21]–[23], [77], [85]–[87] bazıları değişim sağlayamamıştır [69]. Bazı araştırmacılar psikolojik dayanıklılıkla birlikte hemşirelerde başka olumlu değişimleri kaydetmişlerdir. Örneğin Mao ve arkadaşları (2021), 8 haftalık dayanıklılık programının sonrası hemşirelerin dayanıklılık, duygusal zeka düzeylerinin arttığını ve stresin azaldığını bulmuşlardır. Aynı çalışma sonucunda bakım kalitesinin arttığını bildirmişlerdir [86]. Benzer şekilde Sawyer ve arkadaşları (2021), 8 haftalık dayanıklılık programı sonrası hemşirelerin dayanıklılık, içgörü, öz şefkat düzeylerinin arttığını, stres ve tükenmişlik düzeylerinin azaldığını bulmuşlardır [77]. Çalışmaların çoğunda hemşirelerin dayanıklılık düzeyi artarken stres ve tükenmişlik düzeyinin azaldığı görülmüştür [8], [9], [17], [23], [77], [86].

Bununla birlikte gruplar arası psikolojik dayanıklılık toplam puan farkının istatistiksel olarak düşük düzeyde anlamlı olmasının bir nedeni oturum sayısı ve süresi olabilir. Her ne kadar programın oturum sayısı hemşirelerle yapılan çalışmalarla uyumlu olsa da [9], [21], [77], [86] literatürde hem müdahale süresi hem de oturum süresi açısından tutarsız bulgulara rastlanmıştır. Cleary ve arkadaşlarının (2018) sağlık çalışanları arasında dayanıklılığı artırmaya yönelik müdahalelerin etkinliğini incelemek için yaptıkları sistematik inceleme sonucunda; daha fazla eğitim seansı ve süresi içeren müdahalelerin dayanıklılıkta önemli gelişmeler gösterme olasılığının daha yüksek olduğu sonucuna

varmışlardır. İncelemelerinde, sekiz ya da daha fazla seansı olan çalışmalarda (8 ila 12 arası), dayanıklılıkta daha fazla anlamlı iyileşme olduğunu bulmuşlardır. Her bir eğitim oturumunun süresi açısından da benzer bir eğilim gözlenmiştir; daha uzun süreli müdahalelerin dayanıklılıkta anlamlı iyileşmeler gösterme olasılığı daha yüksek olduğu görülmüştür. Özetle, eğitimin hacmi, ister oturum sayısını, ister müdahale süresini veya toplam müdahale süresini artırarak olsun, sağlık çalışanları arasında dayanıklılık müdahalesinin etkinliğini artırdığı düşünülmektedir [88].

Dayanıklılığın çok boyutlu, dinamik olarak değişebilen bir adaptasyon süreci olarak anlaşılması, dayanıklılığın yalnızca birkaç hafta veya ay boyunca bireylerin ruh sağlığının stres faktörlerine karşı tepkisini ölçerek yararlı olup olmadığı temel sorusunu da gündeme getirmektedir [66]. Genel olarak, randomize çalışma kanıtları, dayanıklılık eğitim programlarının üç aylık takip süresi içinde bir dizi ruh sağlığı sonucunu iyileştirmede mütevazı ancak tutarlı bir faydasını desteklemektedir [89]. Bununla birlikte, sağlık çalışanları arasında dayanıklılığı artırmak için desteklemeye devam etmek ve uzun süreli ve takiplerinde olduğu sürekli çabaların gerekli olduğu vurgulanmaktadır [88].

Hemşirelerin program öncesi psikolojik dayanıklılık puanlarının orta yüksek düzeyde olduğu görülmüştür (Çizelge 3.5). Kara (2019) hemşirelerin psikolojik dayanıklılık, mesleğe bağlılık ve iş yükü algısını araştırdığı çalışmasında hemşirelerin psikolojik dayanıklılık düzeyini orta yüksek düzeyde bulmuştur [90]. Hökkaş (2019) hemşirelerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri ve etkileyen faktörleri incelediği çalışmasında hemşirelerin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin orta olduğunu tespit etmiştir [38]. Hemşirelerin çok fazla strese maruz kalmaları ve zor bir durumun yükü altına girmeleri dayanıklılık geliştirmek için bir fırsat olarak görülmektedir [28], [40], [91]. Hemşirelerin dayanıklılık düzeylerinin orta veya yüksek olması çalışma ortamlarında karşılaştıkları stresin yoğunluğu ve iş yükü ile ilgili olabilir. Çalışmamızda gruplar arası psikolojik dayanıklılık puan farkının düşük düzeyde anlamlı olması özellikle kontrol grubundaki hemşirelerin psikolojik dayanıklılık ortalamalarının başlangıçta yüksek olmasıyla açıklanabilir.

Hemşirelerin dayanıklılığının artırılması hem çalışanlar, hem işverenler hem de hastalar için büyük önem taşımaktadır [9]. Hemşire dayanıklılığını etkileyen faktörler büyük ölçüde bilinmemekte ve hemşire dayanıklılığının kurumlar ve hastalar üzerindeki etkisine ilişkin çok az kanıt bulunmaktadır [10].

Hemşirelerin önemli bir kısmı, düşük dayanıklılık düzeyleri nedeniyle tükenmişlik sendromu yaşamakta ya da bu riski taşımaktadır. Bu nedenle, hemşirelerin zor ve stresli durumlarla başa çıkma teknikleri ve duygusal zekalarını geliştirmelerine yardımcı olacak programlar geliştirmek ve böylece tükenmişlik prevalansını azaltmak çok önemlidir [23], [77], [92]. Bu nedenle, hemşireler için psikolojik dayanıklılığın geliştirilmesi, hemşirelik rollerinin doğası gereği zorlu olmasına rağmen tükenmişliğin önlenmesine ve refahın artırılmasına katkıda bulunabilir [31].

Literatürde dayanıklılığa sahip olmanın en çok atıfta bulunulan sonuçları olumsuz psikolojik sonuçların önlenmesi, iş memnuniyetinin artması, iş gücünde kalma ve hasta bakım kalitesinin artmasıdır. Ayrıca, sağlıklı başa çıkma ve adaptasyon yoluyla dayanıklılık, tükenmenin etkilerinin hafiflemesine, kendinin ve başkalarının daha iyi farkına varılmasına yardımcı olur. Dayanıklılığın artması özgüvenin, öz farkındalığın, atılganlığın ve öz bakımın, özerklik duygusunun artmasına yol açar. Bununla birlikte dayanıklılık bilgelik, profesyonel anlayış, refah duygusu, pozitif yönde değişim ve büyüme ile birlikte zenginleştirilmiş hemşirelik bakımı sunumu sağlar. Sonuç olarak bakımın kalitesi ve hasta memnuyeti artar [28], [37], [87].

Son yıllarda dayanıklılık konusunu inceleyen çok sayıda yayının da gösterdiği gibi, hemşire dayanıklılığı hem araştırma hem de uygulama alanında giderek artan bir ilgi görmektedir. Dayanıklılık ve hemşire dayanıklılığının nasıl sürdürüleceği konusunda bir anlayış kazanmak, hemşirelik mesleği için temel bir gereklilik olarak görülmektedir. Hemşirelik mesleğinin karşılaştığı; hemşire sayısının yetersizliği, hasta karmaşıklığı ve yoğunluğu gibi artan baskılar göz önüne alındığında, dayanıklılık konusunda önlemler alınmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Hemşirelerin karşılaştığı zorluklara çözüm bulmak çok önemli olmakla birlikte hemşire dayanıklılığının teşvik edilmesi ve sürdürülmesinin hemşirelerin desteklenmesinde önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir [37].

Hemşirelerin dayanıklılığını arttırmaya yönelik müdahaleler, örgütsel unsurlardan ziyade bireysel unsurlara odaklanmıştır [69]. Taylor, önemli iyileştirmelere ihtiyaç duyulan bir çalışma ortamında dayanıklılık eğitiminin tek başına yeterli olmadığını, bu nedenle kurumların başarısızlığa ve duygusal sıkıntıya katkıda bulunan değişkenleri tanınması ve ele alması gerektiğini savunmaktadır [93]. Kurumsal liderlik, sağlıklı ve güvenli bir çalışma kültürü oluşturmada önemli bir role sahiptir. Dayanıklılığı teşvik eden müdahaleler yoluyla hemşirelerin ruh sağlığının desteklenmesi tükenmişliği önleyebilir ve işe devamlılığı artırabilir. Kurumların ve bireysel olarak hemşirelerin yüksek stres

altında olduğu bu dönemde, işle ilgili stresi azaltmaya ve dayanıklı bir işgücü yaratmaya yardımcı olacak her türlü araç yüksek öncelikli olmalıdır [8]. Hem hemşireleri örgütsel olarak güçlendirme yöntemlerine hem de hemşireler için bireysel dayanıklılık becerileri eğitimi yöntemlerine ihtiyaç olduğu açıktır [22].

4. NİTEL BULGULAR VE TARTIŞMA

Bu bölümde, hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri, programla ilgili görüşleri ve dengeli yaşam becerilerini belirlemek için yapılan derinlemesine görüşmeler sonucunda ortaya çıkan bulgular yer almaktadır.

4.1. KATILIMCILARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri Çizelge 4.1’de verilmiştir.

Çizelge 4.1. Nitel Görüşme Yapılan Kadınların Bireysel Özellikleri

	Cinsiyet	Yaş	Çalışma yılı	Çalıştığı Bölüm	Çalışma Şekli
Katılımcı 1	Kadın	41	23	Organ Nakli Servisi	Gündüz (Bazen nöbet)
Katılımcı 2	Kadın	45	25	Enfeksiyon Komitesi	Sürekli gündüz
Katılımcı 3	Kadın	45	24	Ortopedi Servisi	Gündüz (Bazen nöbet)
Katılımcı 4	Kadın	43	23	Organ Bağış Birimi	Gündüz (Bazen nöbet)
Katılımcı 5	Kadın	46	26	Enfeksiyon Komitesi	Sürekli 2gündüz
Katılımcı 6	Kadın	42	21	Eğitim Birimi	Gündüz (Bazen nöbet)
Katılımcı 7	Erkek	37	14	Acil Servis (Yetikin)	Gündüz (Bazen nöbet)
Katılımcı 8	Kadın	45	22	Kardiyoloji Servisi	Gündüz (Bazen nöbet)
Katılımcı 9	Kadın	27	9	Acil Servis (Çocuk)	Gece-gündüz nöbetli
Katılımcı 10	Kadın	27	9	Anestezi Yoğun Bakım	Gece-gündüz nöbetli
Katılımcı 11	Kadın	38	15	Kardiyoloji Servisi	Gece-gündüz nöbetli
Katılımcı 12	Kadın	41	17	Üroloji Servisi	Gece-gündüz nöbetli
Katılımcı 13	Kadın	43	20	Onkoloji Tedavi Merkezi	Gündüz (Bazen nöbet)
Katılımcı 14	Kadın	23	1	Ortopedi Servisi	Gece-gündüz nöbetli

Derinlemesine görüşme yapılan hemşirelerin 13’ü kadın 1 erkektir. Hemşirelerin yaşları 23 ile 46 (ort: 39), çalışma yılları ise 1 ile 26 (ort:18) arasında değişmektedir. Hemşireler yoğun bakım, acil servis, yataklı servis ve özel dal hemşireliği gibi alanlarda çalışmaktadırlar. Çalışma şekilleri, 2 kişi sürekli gündüz, 7 kişi gündüz (bazen nöbet), 5

kişi ise gece-gündüz nöbetli çalışmaktadır.

4.2. ANA TEMALAR VE ALT TEMALARIN İNCELENMESİ

Hemşireler ile yapılan derinlemesine görüşmelerden elde edilen verilerin analizinde toplam altı ana tema ve bu temaların alt temaların belirlenmiştir (Çizelge 4.1). Bu bölümde bu temalara yer verilmiştir.

Çizelge 4.2. İçerik Analizi Sonucunda Oluşturulan Ana tema, Alt Tema ve Kodlar

TEMA 1.	Alt Tema1.	Kodlar	n
YAŞAM DENGESİ	Beden boyutu	Beden boyutunda enerjinin az olduğunu fark etmek.	12
		Sağlıklı beslenmeye başlamak.	9
		Spor yapmaya başlamak; Yürüyüş.	9
		Spor yapmaya karar vermek.	4
		Fiziksel bakıma özen göstermek.	2
		Daha mutlu ve daha enerjik hissetmek.	2
		Sağlık kontrollerini yaptırmaya başlamak.	2
		Beden ile ilgili farkındalığın artması (temas).	2
		Fotoğraf çektirmekten kaçınmamak.	1
		Eve temizlik için yardımcı almaya başlamak.	1
		Bedeni ile temasın az olduğunu fark etmek (Duygular).	1
		En büyük sorunun yeme alanı olduğunu fark etmek.	1
		Yemek yerken aklına denge modelinin gelmesi ve yemeği bırakmak.	1
		Çalışırken açık havaya çıkıp hava almak.	1
		Uyku düzenine dikkat etmek.	1
		Sağlığına dikkat etmediğini fark etmek.	1
		Beden olarak iyi hissetmek.	1
		Kilo vermek.	1
		Sigarayı azaltmak.	1
	Alt Tema 2.	İlişkilerinde önceliği kendisine vermeye başlamak, kendini ihmal etmemek.	8

	İlişki boyutu	İlişkilerinde sınır koymaya başlamak.	6
		Arkadaş ve aile üyelerine zaman ayırmaya başlamak.	5
		İlişki boyutunda enerjinin düşük olduğunu fark etmek.	4
		Daha açık olmaya başlamak.	4
		İlişkilerinin olumlu yönde değiştiğini fark etmek.	4
		Öz bakım ve öz şefkati arttırmak.	3
		Ev ve iş dışında sosyalleşmeye başlamak.	3
		İlişki boyutunda sorun olmadığını fark etmek.	2
		İlişkide sürekli tekrarlayan döngüleri fark etmek.	2
		İş yerinde iş arkadaşları ile iletişimi yumuşatmak.	1
	Alt Tema 3. Başarı boyutu	Yapması gerekenden fazlasını yaptığını fark etmek.	14
		Başarı boyutunda enerjinin yüksek olduğunu fark etmek.	9
		Başarı odağını azaltmaya çalışmak.	5
		İşlerin olabildiği kadar olduğunu kabul etmeye başlamak.	4
		Yetersizlik hissi ile ilgili yapması gerekenler olduğunu fark etmek.	1
		İş yükü fazla olduğu için işe odaklanamadığını fark etmek.	1
		Başarı konusunda dengeye geldiğini fark etmek.	1
		Kariyer alanında yapmak istedikleri ile ilgili adım atmak.	2
		Keman dersi almaya başlamak.	1
		İş değişikliğinden vazgeçmek.	1
	Alt Tema 4. Anlam/gelecek/ Maneviyat boyutu	Gelecek ve maneviyat yönünden daha iyi hissetmek.	3
		Kaygıyı kabul, açıklık ve kontrolü bırakma yoluyla azalttığını fark etmek.	4
		Gelecek planlarını yeniden gözden geçirmek.	3
		Anlam boyutunun dengeli olduğunu fark etmek.	3
		İşle ilgili sorunlarının kaynağına anlam vermek.	1
		Anlam boyutunda enerjinin yüksek olduğunu fark etmek.	2
		Zihinsel olarak çok enerji harcadığını fark etmek (kaygı).	3
		Maneviyat ile ilgili adımlar atmak.	2

		Plan yapma konusunda esnek olmaya başlamak.	1
		Psikolojiyi desteklemek için farklı yollar aramak.	1
		Gelecek ile ilgili plan yapmaya başlamak.	1
		Kendine değer verdikçe zaman algısının değişmesi.	1
		Mindfulness egzersizleri yapmaya başlamak.	1
		Daha büyük bir pencereden bakarak diğerini anlamaya çalışmak.	1
TEMA 2. GERÇEK YETENEK LER		Kapasitelerinin gelişme durumunu aileden öğrendiğini fark etmek.	6
		Dengeli kullanıp kullanmadığını fark etmek.	3
		Geliştirdiği kapasitelerde sorun olmadığını fark etmek.	2
		Kapasitelerine eskisinden farklı bakmak.	2
		İlgi ihtiyacını fark etmek.	1
		Hangi kapasitenin fazla ya da az geliştiğini fark etmek.	
		<i>Adalet kapasitesinin fazla geliştiğini fark etmek.</i>	7
		<i>İtaat kapasitesinin fazla geliştiğini fark etmek.</i>	5
		<i>İtaat kapasitesini azaltmak için çaba göstermek.</i>	1
		<i>İtaat kapasitesinin gelişmediğini fark etmek.</i>	1
		<i>Sevgi kapasitesinin fazla geliştiğini fark etmek.</i>	2
		<i>Zaman kapasitesinin sorunlu olduğunu fark etmek.</i>	1
		<i>Başarı kapasitesinin fazla geliştiğini fark etmek.</i>	2
		<i>Değer görme ile ilgili beklentileri fark etmek.</i>	1
TEMA 3. ZORLAYICI YAŞAM OLAYLARI	Alt Tema 1. Tetiklenen kapasiteler	Tepkilerinin hangi değerlerle olduğunu fark etmek.	3
		Adaletin tetiklendiğini fark etmek.	5
		İtaat kapasitesinin tetiklendiğini fark etmek.	3
		Dakikliğin tetiklendiğini fark etmek.	1
		Sevgi ihtiyacının tetiklendiğini fark etmek.	1
		Kuralcılığının (düzen) tetiklendiğini fark etmek.	1

		Nezaket kapasitesinin tetiklendiğini fark etmek.	1
		Güven kapasitesinin tetiklendiğini fark etmek.	1
	Alt Tema 2. Tepkilerinin farkına varmak (Duygu-Davranış)	Kendini savunmaya geçtiğini fark etmek.	1
		Öfkelenildiği anların farkına varmak.	5
		Kendisi ile ilgili tarafları görmeye çalışmak.	2
		Daha az öfkelenildiğini fark etmek.	3
		Davranışlarının sebebini anlamaya başlamak.	2
		Tepki vermeden önce düşünmeye başlamak.	3
		Karşı tarafın neden tetiklendiğini anlamaya çalışmak.	1
		Bedenine bakıp reaksiyonları tanımlamak.	2
		Açıklıkla yanıt vermeye başlamak.	3
		Eski davranışlarının işe yaramadığını fark etmek.	1
		Olayların kendi dışında olduğunu görebilmek.	1
		Daha nötr bir yerden bakmaya başlamak.	1
		Bu durumdan nasıl çıkabileceği ile ilgili plan yapmak.	1
		Yardım almak.	1
		Daha sakin tepkiler vermeye başladığını fark etmek.	1
		Farklı bakış açıları geliştirmeye çalışmak.	1
TEMA 4. ANAHTAR ÇATIŞMA		Programdan önce nezaketi fazla kullanmak.	11
		Programdan sonra açıklığı kullanmaya başlamak.	8
		Programdan sonra açıklıklı nezaketi kullanmaya başlamak.	8
		Açıklığı dengeli kullanma konusunda çalışmaya devam etmek.	3
		Açıklığı kullandıktan sonra olumlu yanıtlar almak.	4
		Diğerinin yanıtlarını (açıklık-nezaket) anlamaya çalışmak.	1
		Açıklığı fazla kullandığını fark etmek.	1
		Programın en çok değişiklik yarattığı kısım olduğunu düşünmek.	1
	Alt Tema 1.	Hayatında olumlu etkiler yaratma.	5

TEMA 5. PROGRA MIN DEĞERLE NDİRİLME Sİ	Eğitimin genel değerlendirilmesi	Eğitim ortamını keyifli ve güzel bulma.	3
		Eğitimi başarılı bulma.	1
		Öğrendiklerini daha önce öğrenmiş olmak isteme.	1
		Gelecek ile ilgili planlar netleştirmek.	1
	Alt Tema 2. Kendini bulma/kendisiyle ilişkili farkındalıklar	Kendimi bulmama yardımcı olma.	1
		Kendisi ile ilgili farkındalığı oluşması.	1
		Kendini tanıyabilme.	2
		Kendini iyi hissetme.	2
		Kendini çok fazla hırpalamama.	1
		Kendine karşı çok acımasız olduğunu fark etme.	1
		Kendini geliştirmek için yollar olduğunu fark etme.	1
		Bazı konulardan sürekli kaçındığını fark etme.	1
		Daha derine inmek gerektiğini fark etme.	1
		Kaygının azaldığını fark etme.	1
		Mükemmel olma algısının değişimi.	1
	Alt Tema 3. Davranış değişikliği üzerindeki etkileri	Olayları ertelemeyen anında çözen biri olmak.	1
		Eskisi kadar fevri hareket etmemek.	2
		Analiz etmeyi sağlaması.	1
		Hayır diyebilme.	1
		Kendini yönlendirmeyi öğrenme.	1
		Çıkış yolu bulabilmeyi öğrenme.	1
		Somut adımlar atma.	2
		Açıklığı kullanmaya başlama.	2
		Kontrol edemeyeceği durumları bırakabilme becerisi.	1
		Hayatında bir sıkıntı yaşadığında programa dönmek.	1
		Hayatı sadeleştirmeye yardım etmesi.	1
		Geniş çerçeveden bakmayı sağlaması.	1
		Zaman yönetimine katkı sağlaması.	2

	Alt Tema 4. İlişkiler üzerindeki etkileri	Kişiler arası ilişkiler(genel).	6
		Karşıdakini daha kolay anlama ve anlayış gösterme.	5
		Aile ile temas eksikliğini fark etme.	1
		İlişkide kendini gözlemleyebilme.	1
		Çatışmaları azaltma ve ilişkiler düzenleme.	2
	Alt Tema 5. Denge modeli üzerindeki etkileri	Denge modelindeki olumlu farkındalıklar.	4
		Her alanda kullanılabilmeye başlama.	2
		Aile hayatında kullanmaya başlama.	5
		Zamanı yönetmek konusunda kullanmaya başlama.	1
		İş hayatında kullanmaya başlama (genel).	6
		Yaşamda bütünlük ve denge olması gerektiğini anlama.	1
TEMA 6. BEŞ YIL SONRA...		Daha sağlıklı olarak görmek.	3
		Daha huzurlu bir yaşantı.	3
		Daha mutlu biri.	2
		Ani hareket etmeyen ve öfkesine yenik düşmeyen biri.	1
		Öfkenin yönettiği değil, öfkeyi yöneten kişi.	1
		Kendi ayakları üzerinde duran.	1
		Bulunduğu ortamda mutlu olabilen.	1
		Daha anlayışlı biri.	1
		Farkındalığı artmış bir kişi.	1
		Daha güçlü biri.	1
		Her türlü zorlukta ne yaptığını bilen biri.	1
		Denge modeli ile hareket eden biri.	1
		Sınırları olan biri.	1
		Doğru kararlar veren biri.	1
		İsteddiği kişi ile yaşantısına devam eden.	1
		Daha rahat sosyalleşen biri.	1
		Rahat bir şekilde kendini ifade edebilen.	1

		Kilo alıp verme döngüsünü kırmış.	1
		Hayal ettiği yerde olan biri.	1
		Daha güzel bir emeklilik.	1
		Stres olmayan biri.	1
		Sigarayı bırakmış.	1
		Değişimi kabul edilmiş.	1
		Güzel bir hayat.	1
		Daha çok gülebilen biri.	1
		İş odaklı olmayan biri.	1
		Sağlığına daha çok dikkat eden.	1
		İnsanlara sevdiğini belli eden.	1
		Zamanı yöneten ve kendine zaman ayıran.	1
		Hayır diyebilen.	1
		Yaptığı planlar gerçekleşen.	1
		Daha esnek ve kabul edici bir ebeveyn.	1
		Daha dengeli şefkat gösteren.	1
		İçi ve vicdanı rahat.	1
		İlişkilerde daha yapıcı.	1
		Olumlu düşünen, olumlu bakan.	1
		Psikolojik ve fizyolojik açıdan model olabilen.	1
		Çok farklı ve hoş görünen biri.	1
		Kendi isteklerinin farkında olan biri.	1

4.2.1. Tema 1. Yaşam Dengesi

Bu temada, programın hemşirelerin yaşantısında yaşam enerjisinin dört boyutunda (beden, ilişki, başarı ve maneviyat) bir değişiklik yaratıp yaratmadığı değerlendirilmiştir. Hemşireler uygulanan programın denge modelinin tüm boyutlarında değişim yarattığını ifade etmişlerdir.

Denge modelinin dört boyutundaki bu değişimler dört alt tema ile incelenmiştir.

4.2.1.1. Alt Tema 1. Beden Boyutu

Hemşirelerin hemen hepsi (n:12) program sayesinde denge modelinin beden boyutunda enerjisinin az olduğunu fark ettiklerini ifade etti. Hemşirelerin bu alanda genel olarak bedensel sağlıkları ile ilgili farkındalıklarının arttığı ve fiziksel bakıma daha çok özen gösterdikleri, sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıkları ile ilgili eyleme geçtikleri görülmektedir. Hemşirelerin yarısından fazlası (n:9) sağlıklı beslenmeye ve spor yapmaya başladığını (n:9), bazı hemşireler bedensel olarak daha enerjik hissetmeye başladığını, bazı hemşireler de beden boyutundaki en büyük değişimin özellikle beslenme alışkanlıkları (kilo vermede, porsiyon kontrolü sağlama) ile ilgili olduğunu ifade etmiştir. Bu alt temada ortaya çıkan diğer önemli bulgu ise, bazı hemşirelerin (n:3) özellikle bedenleri ile temaslarının ve beden farkındalıklarının arttığını fark etmeleridir.

Aşağıda bu bulgularla ilgili bazı alıntılar verilmiştir:

“Spor yapmaya karar verdim. Biraz daha hani kendime fiziksel olarak daha fazla bakmaya özen göstermeye dikkat ettim. Genel olarak sağlıklı beslenen, uykuyu düzenli uyuyan bir insanım ama yinede bazı eksiklik eksikliklerim olduğunu gördüm ve buna yönelik girişimlerde bulundum. Kendimce spor yapmaya başladım. Yürüyüş yapmaya başladım”(Katılımcı 1).

“Mesela sağlıklı beslenme ile ilgili paketli gıdaları azalttım. Ondan sonra gece uzun süreli açlık aralıklı oruç tutmaya başladım. Biraz bir tık daha egzersiz yapıyorum. Yani öncekine göre. Biraz arttırdım yani. Sedanter hayatı biraz daha hareketli hale getirmeye çalışıyorum”(Katılımcı 2).

Bir hemşire beden boyutundaki değişimlerinden söz ederken fotoğraf çekirme konusunda ilgi çekici bir ifadesi aşağıdaki alıntıda verilmiştir:

“Önce bedenimle barıştım diyelim yani önceden fotoğraf bile çektirmiyordum işte açıkcası sonra seninleyken hep fotoğraflara girdim. Diyetisyenle zaten başlamıştık görüşmüşmeye.. O diyetime devam ettirdim. Yürüyüşlere başladım. Eee onbir kilo verdim şuan”(Katılımcı 3).

Hemşirelik iş gücünün sağlık hizmetlerine yönelik artan talebi karşılayabilmesi için geleceğin hemşirelerinin sağlıklı ve fiziksel olarak aktif olması gerekmektedir. Hemşireler, vardiyalı çalışma sisteminde uygun beslenme ve egzersiz yapma konusunda

sıklıkla sorun yaşamaktadır. Ülkemizde hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan çalışmalarda, hemşirelerin sağlıklı yaşam davranışını orta düzey bulurken en düşük düzey sağlık davranışının fiziksel aktivite olarak bulunmuştur[94]–[96]. Brogan ve arkadaşları (2021), 24 hemşire ile yaptıkları nitel bir çalışmada, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktiviteyi incelemiş ve zaman, vardiyalı çalışma, çalışma ortamı ve çalışma kültürü olan dört engel belirlemişlerdir. Katılımcıların sağlıklı bir beslenme düzenine ilgisi yüksek olsa da, bu hemşireler sağlıklı beslenme için zamanın olmaması, enerji eksikliği ve motivasyonun azalması gibi sebeplerin sağlıksız atıştırma gibi kötü alışkanlıklarda büyük rol oynadığını tartışmıştır [97]. Benzer bir çalışma; hemşirelerin sağlıksız beslenmesi ve kilo alımının sağlığı geliştirici faaliyetlerinin önünde engel olduğunu tespit etmiştir. Bu çalışmadaki hemşireler, stresli çalışma ortamının ve uzun vardiyaların aşırı yorgunluğa yol açtığını ve kısıtlı zaman ve enerjinin sağlıklı yemekler hazırlamanın önünde engel teşkil ettiğini bildirmişlerdir [98]. Bizim çalışmamızda hemşirelere uygulanan program sonrası hemşirelerin sağlıklı yaşam davranışlarının arttırdıkları görülmüştür.

Program sonunda hemşirelerin duyguları ile daha çok temas ettikleri görülmüştür. Beden alanının diğer bileşeni duygularla ve bedensel duyumsamalarla temastır. Beden hissi farkındalığına “*interoception*” denir. Sindirim sisteminin hareketliliği, zamanlama ve kalp atışının gücü, acı hissetmek, açlık, mide bulantısı, gıdıklanma, kaşıntı gibi ve daha birçok bedensel duyum ve duyguların bedensel yansımalarını içerir. Ortaya çıkana benzersiz bir şekilde odaklanması nedeniyle farkındalığın en temel biçimi olabilir [99]. Hemşirelerin duygularını tanıma ve ifade edebilme kapasitelerini geliştirebilmeleri stresi azaltmak açısından önemlidir. Güney Kore’de yapılan bir çalışmada, araştırmacılar 27 farklı hastaneden 303 hemşireyle yürüttükleri çalışmada yüzeysel rol yapma (duyguları düzenleme ve bastırma), derin rol yapma (örgütsel beklentilere uymak için içsel duyguları değiştirme) ve doğal olarak hissedilen duyguları ifade etme (gerçek duygusal ifade) konularını incelemişlerdir. Bu araştırmacılar, doğal olarak hissedilen duygularını ifade edebilen hemşirelerin daha düşük düzeyde tükenmişlik yaşadıklarını bulmuşlardır [100].

Denge modelinde beden boyutu bedene verilen enerji ve bedenle temasla ilgilidir. Bu boyuttaki enerjinin uzun süreli azalması bedensel sorunları beraberinde getirebileceği gibi organizmadaki tüm dengeyi etkileyeceği içinde risklidir. Bedenin ihtiyaçlarını fark edip bu ihtiyaçları karşılamak için somut adımlar atmak enerjiyi arttırmada esastır. Çalışmaya katılan hemşirelerin sağlıklı beslenmeye yönelme, fiziksel aktivitelerini

arttırma ve duyguları ile daha fazla temas etmeye başlamaları beden boyutundaki enerjinin arttığının göstergesidir. Ayrıca bir hemşirenin fotoğraflara girmeye başlaması bedeni ile olan ilişkisini yeniden düzenlediğini göstermektedir. Hemşirelerin sağlık davranışlarını arttırmaları psikolojik dayanıklılık açısından koruyucu bir faktördür [4], [97], [98].

4.2.1.2. Alt Tema 2. İlişki Boyutu

Bu alt boyut hemşirelerin program sonrası ilişki boyutundaki değişimleri ile ilgilidir. Hemşirelerin yaklaşık yarısından fazlası (n:8) ilişkilerinde önceliği kendilerine vermeye başladıklarını, yaklaşık yarısı (n:6) ilişkilerinde sınır koymaya başladıklarını (n:5) arkadaş ve aile üyelerine zaman ayırmaya başladıklarını, bazı hemşireler (n:4) ilişkilerinde daha açık olmaya başladığını, bazı hemşireler (n:3) ise öz-bakım ve öz şefkati arttırdığını ifade etmiştir.

Bu alt temaya ait bazı alıntılar aşağıda verilmiştir:

“Şöyle..., en çok mutlu olduğum şey şu babamla benim ilişkilerim... Babamla aslında resmiydi yani ilişkim. Şimdi babamla daha rahat konuşabiliyorum. Çok mutlu oldum hatta pazartesi günü çok moralim bozuktu böyle hani bi şeye öfkelenmiştim yani içim içime sığmıyordu evde. Onu yapıyorum yok kafam böyle şey zihnimin arkası sürekli konuşuyordu böyle bir türlü susturamıyorum falan böyle huzurum filan yoktu. Mesela babam aradı. İşte nasılsın kızım dedi, ben iyiyim babadedim, ondan sonra var ya tamamen değiştim yani. Sanki o zihnim gitti onun yerine başka bir şey geldi yani. Hani hiç olmadığım kadar samimi davranabildim babama. Çok mutlu oldum şimdi bi daha ağlamak istiyorum yani o kadar.” (Katılımcı 5)

Bir hemşire kendisi ile ilişkisinin nasıl değiştiğini şu ifadelerle anlatmıştır:

“Ben kendimi daha doğrusu kendime şefkat göstermemişim. Kendimle resmiymişim. İç ses olur ya insanın hani ben kendimle konuşurken iç dünyam hep resmiymiş onu fark ettim. Hani onunla da artık daha böyle ılıman esprili yaklaşmaya çalışıyorum. Onunla tanışıyorum. Onunla kaynaşıyorum. Keşfetmeye çalışıyorum. Kendime değer vermeye başlayınca bunlar oluyo” (Katılımcı 3).

PPT’de ki denge modelinin ilişki boyutu bireyin kendisi, ailesi ve diğer kişilerle ilişkilerine verdiği enerjiyi temsil etmektedir. Bireyin diğeri ile sağlıklı ilişkisi denge modelinde önemle ele alınır. Burada sağlıklı sınırlar koyabilme, ilişkiyi başlatma ve

sürdürebilme ve açıklık- nezaket dengesi gibi kapasitelerin üzerinde durulur [72]. Çalışmamızda programa katılan hemşirelerin hayatlarında önemli ilişkilerde, geçirilen zamanı arttırdıkları ve ilişkiyi daha kaliteli hale getirmek için çaba harcadıkları görülmüştür. Böylelikle iş hayatı ve sosyal hayat arasında bir denge oluşmaya başlaması söz konusu olmaktadır. Aile, arkadaşlar ve meslektaşlarla ilişkilerin sağlıklı temellendirilmesi, hemşirelerin iş ortamlarıyla başa çıkmak için kullandıkları bir diğer yaklaşımdır [82]. Hemşirelerin yakın ilişki içinde oldukları kişilerle sağlıklı ilişki kurmaları, işyerindeki zorlukları ve stresleri yönetme becerilerine katkıda bulunur. İş yaşam dengesini korumak, hemşirelerin dayanıklılık duygusunu inşa etmeleri ve sürdürmeleri için elzemdir [83] [84]. Öksüz ve arkadaşlarının (2018) psikolojik dayanıklılığa katkıda bulunan faktörleri araştırmak için yaptıkları çalışmada, aile desteği algısı daha yüksek olan hemşirelerin dayanıklılık düzeyleri daha yüksek çıkmıştır [101]. Bu açıdan psikolojik dayanıklılığı yüksek kişilerin iyi sosyal becerilere sahip olduğu, sosyal ortamlarda bulunmak için çaba gösterdiği ve diğerlerinde olumlu bir izlenim bıraktığı görülmektedir [3]. Bununla birlikte literatürde iyi sosyal destek ve kaynakların hemşirelerin duygusal tükenme ve tükenmişliği azaltmalarına yardımcı olabileceğini ve böylece meslekte kalmalarını teşvik ederek işten ayrılmaları önleyebileceğini bildiren çalışmalar mevcuttur [20], [33], [36]. Psikolojik dayanıklılık literatürü sosyal kaynaklar ve aile uyumunu psikolojik dayanıklılığın önemli ayaklarından biri olarak görmektedir [4], [30], [37], [102].

Programa katılan hemşirelerin çoğunluğu ilişkilerinde önceliği kendilerine vermeye başlamaları, sınırlarını yeniden oluşturmaları ve diğerine karşı daha açık olmaya başlamaları kendileri ile olan ilişkilerinde sağlıklı adımlar olarak nitelendirilebilir. Bu doğrultuda hemşireler öz bakım ve öz şefkat davranışlarının artması olağandır. Hemşirelerin öz bakım ve öz şefkat deneyimlerini keşfetmek ve bunun şefkatli bakım verme ilişkisini incelemek için yapılan nitel bir çalışmada; hemşireler, kendi ihtiyaçlarını görmezden gelmenin başkalarına bakım verme amaçlarını nasıl tehlikeye atabileceğinin farkında olmadıklarını söylemişlerdir. Ancak hastalarına bakım vermenin yanı sıra kendilerine bakım veremedikleri veya buna izin verilmediği için hayal kırıklığına uğradıklarını kabul etmişlerdir. Hemşirelerin bu yaklaşımları zor durumlara tepki olarak reaktif bir şekilde kullanmak yerine sürekli olarak kullanabilmelerini sağlamak için öz bakım ve öz şefkat becerisi hemşirelik kültürünün içine yerleştirilmelidir. Öz bakım ve öz şefkat fikirlerinin hemşireliğin erken dönemlerine yerleştirilmesi, hemşirelerin bu

faaliyetleri iyi kalmanın bir yolu olarak kabul etmeleri ve hastalarla arzu ettikleri şekilde etkileşime girmeye devam edebilmeleri açısından önemli olabilir [103].

Tüm bu bilgiler ışığında, programın hemşirelerin hem kendileriyle, hem aile ve diğerleriyle olan ilişkilerinde olumlu etkiler yarattığı söylenebilir.

4.2.1.3. Alt Tema 3. Başarı Boyutu

Bu alt temada hemşirelerin hepsi (n:14) başarı boyutunda yapması gerekenden fazlasını yaptıklarını fark ettiklerini ifade etmişlerdir. Hemşirelerin büyük çoğunluğu (n:9) ise başarı boyutunda enerjinin yüksek olduğunu bildirmiş ve hemen hepsi bu enerjiyi düşürmek için eyleme geçmeye karar verdiğini veya eyleme geçtiğini (keman dersi almak, iş değişikliğinden vazgeçmek, kendini geliştirme eğitimlerine katılmak gibi) ifade etmiştir. Hemşirelerin bazıları (n:4) ise işlerin olabildiği kadar olduğunu kabul etmeye başladığını bildirmiştir.

Bu alt temaya ait bazı alıntılar aşağıdaki gibidir:

“Başarı derken ben işe çok gömülüyorum. Hani bundan çok şikayet eden biri değilimdir aslında normalde ama işten çıkamadım ya da benim elimde olmayan şeyleri bile çözmek için kendimi çok hırpaladım heba ediyorum resmen heba ediyorum ama çözemiyorum da. Çünkü problem benden kaynaklı değil ve bunu bildiğim halde onu çözebilmek adına çok savaş veriyordum. Şimdi kabullenmeye geçtim. Yani evet bu benim dışımda diyorum, yapamıyorum bunu da ben çözemiyorum diyebiliyorum artık” (Katılımcı 6).

“Başarı boyutu benim en büyük çalışmalarımın bir tanesiydi zaten. Çünkü başarıya özellikle mesleğimle alakalı başarıya ben çok fazla enerji harcıyordum. Bunun uzun zamandır farkındayım ve beni psikolojik yönde olumsuz yönde etkilediğinin de farkındaydım. Ama bunun için yapmam gereken olumlu adımları bilmiyordum. Yani bilsem de somut olarak bi hamle gerektiğinde hani hep böyle kabullenilmiş bi çaresizlik içerisindeydim. Bu eğitim bunun biraz daha farkında olup hadi silkelen bi adım at dememi sağladı. Bu böyle zaten biliyordum ama harekete geçmemi sağladı, farkındalığını geliştirdi” (Katılımcı 7).

Yapılan görüşmelerde hemşirelerin tümü yapması gereken işlerden daha fazla iş yaptıklarını ifade etmişlerdir. Pesseckian’a göre başarı boyutu; bireylerin davranışlarına yön veren normların tanımlanmasını ve aynı zamanda bu normların içselleştirilmesini içermektedir. Bazı bireyler, işe sığınarak sorunlarla başa çıkmaya çalışırlar. Başarıya

başvuran insanlarda, benlik saygısı problemleri, fazla talep, stres tepkileri, başarısızlık korkusu gibi sorunlar ortaya çıkabilir [52]. Sürekli değişen ve hemşirelerden çok şey talep eden zorlu çalışma koşulları, hemşirelerin akademik ve sağlık hizmeti ortamlarında dayanıklı olma becerilerini etkilemektedir. Hemşirelerin mesleki veya kişisel hedefleriyle uyumlu olmayan kurumsal hedefler, uygulama yaparken kendi içlerinde çatışmaya neden olur [20]. Altıntaş ve Altıntaş (2023)'ın psikolojik dayanıklılık ve iş yaşam dengesi üzerine yaptıkları araştırma sonucunda, psikolojik dayanıklılık ile iş yaşam dengesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Burada bahsedilen denge kavramı ile talepler arasındaki eşitliğin sağlanması ifade edilmektedir [84]. Hemşireler için olumlu çalışma ortamının, çalışma süresinin ve hasta-hemşire oranının düşük olmasının; iş doyumunu, tükenmişlik, stres, yorgunluk, delici-kesici alet yaralanması, işe devamsızlık ve işten ayrılma niyeti üzerine olumlu etkileri olduğu görülmüştür [104]. Literatürde iş yükü daha hafif olan hemşirelerin daha fazla dayanıklılığa sahip olduğu ve bu nedenle tükenmişlik riskinin daha düşük olduğu görülmüştür [20], [92], [105]. Bu bağlamda çalışmaya katılan hemşirelerin başarı boyutundaki enerjiyi azaltmaları psikolojik dayanıklılık açısından koruyucu bir faktör olabilir.

4.2.1.4. Alt Tema 4. Anlam/Gelecek/Maneviyat boyutu

Hemşirelerin ifadelerinde büyük çoğunluğunun program sonrası bu alanla ilgili farkındalıklarının arttığı ve bu boyutta dengeyi sağlamaya başladıkları görülmektedir. Özellikle kaygıyı azalmak için zihinsel olarak çok enerji harcadıklarını fark ettiklerini (n:3) ve kaygıyı kabul, açıklık ve kontrolü bırakma yoluyla azaltmaya başladıklarını (n:4) ifade etmişlerdir. Hemşireler aynı zamanda çalışma sırasında öfkesinin azaldığını, daha az hayal kırıklığı yaşamaya başladığını, plan yapma kapasitelerinin geliştiğini, maneviyat ile ilgili adımlar attıklarını (n:2) ve daha büyük bir pencereden bakarak diğerini anlamaya çalıştıklarını bildirmiştir.

Bu alt temaya ait bazı alıntılar aşağıda verilmiştir:

“Programdan sonra. Yani öbür diğer olayın da olabileceğini ve buna karşıda hazırlıklı olmam gerektiğini onu da kabul edip o şekilde yoluma devam etmem gerektiğini. Buna daha çok yakınlaştım düşünüyorum. Yani olmadığında daha az hayal kırıklığına uğrama uğradığımı düşünüyorum” (Katılımcı 1).

“İşimi ben kendimi ben bişey görmüyö yani önemsiz görüyordum garson gibi iş yapıyorum ne olacak ki diyip önemsiz görüyordum. Kitabında(katılımcı el kitabı)

hani o hissetmekle alakalı şeyde yazısal çalışmalar yap diyo onu yaptım. Hani önce kötü sonra da onu olumluya yönelik dedim ki yok ya ben birçok şeyi biliyorum. Tecrübem var evet ilaç veriyorum garson gibi olabilir ama ben önemli bişey yapıyorum. Ben önemliyim. Önemsiz görüyodum mesleğimi kendimi. Kendimi önemli ve mesleğimi önemli görünce o senin duruşuna konuşmana yaptığın işe önemseyip sakın bir hastalarla da böyle tavırlarını sinirliliğin azalması sebep oluyor olabilir. En azından onda bi huzurlu mutlu önemli hissediyorum” (Katılımcı 11).

Denge modelinde anlam/gelecek/maneviyat boyutu; bireylerin yaşama ve olaylara bakış açılarını ve anlamlandırma biçimlerini içerir. Gelecekle ilgili amaçlar oluşturma, planlar yapma, dini inancımız ve hayata anlam verme biçimimizde bu boyuta dahildir [72]. Hemşireler için kendilerine ait yaşamda bir amaç hissi ve zorlu durumlarla başa çıkmak için bir temel sağlayan manevi ve duygusal bağlar önemlidir. Hemşirelerin kişisel inançları ve değerleri, mesleklerini sadece bir görev değil, aynı zamanda bir yaşam amacı olarak görmelerine olanak tanır [33]. Bu durum, hemşirelerin işlerine anlam katarak mesleğe olan bağlılıklarını artırır. Hemşirelerin olumlu mesleki değerleri, klinik hemşireliğin kalitesini artırmak için optimal bir mesleki tutum oluşturmalarına yardımcı olmak açısından faydalıdır. Mesleğine tutkuyla bağlı hemşireler dayanıklılık geliştirebilmektedir [106]. Aynı zamanda maneviyat, iş yerindeki olumsuzluklarla başa çıkmalarına yardımcı olan bir destek kaynağı olarak tanımlanmıştır [33], [80], [85].

Program sonrası bu alanda artan farkındalıkların hemşirelerin duygularını karşılama ve yönetme biçimini olumlu yönde etkilediği görülmüştür. Aynı zamanda hemşireler bakış açılarını genişleterek diğer insanlara da anlayış geliştirdiler. Goleman (1999) bu kapasiteyi duygusal zeka olarak tanımlamıştır. Duygusal zeka; kendi duygularımızı ve başkalarının duygularını tanıma, kendimizi motive etme ve kendimizdeki ve ilişkilerimizdeki duyguları iyi yönetme kapasitesidir [107]. Bar-On (2005) sağlık hizmetlerinde duygusal zekanın hemşirelerin kendilerini etkili bir şekilde anlayıp ifade edebilmeleri, başkalarını anlayıp onlarla ilişki kurabilmeleri ve günlük taleplerle başa çıkabilmeleri için gerekli olduğunu ileri sürmüştür [108]. Duyguların farkında olmak, insanların stresle daha çabuk başa çıkmalarına ve etkili başa çıkma stratejileri kullanmalarına yardımcı olacak kaynakları elde etmelerine yardımcı olarak dayanıklılığı artırır [109]. Duygusal zeka becerileri ile dayanıklılık arasındaki etkileşim, çeşitli olumlu sonuçlar doğurur. Bu etkileşimin sonuçları arasında profesyonel hasta bakımındaki

kalitenin artışı, hastaların memnuniyet düzeyinin yükselmesi, tükenmişlik hissinin azalması ve hemşirelerin mesleki tatmininin artması yer alır. Tüm bu faktörler bir araya geldiğinde, dayanıklılığı güçlendirerek hemşirelerin genel yaşam kalitesini artırabilir [39]. Günüşen ve Üstün yaptıkları literatür taraması sonucunda; atılgan davranış özellikleri gösteren, öfkesini kontrol edebilen, problem çözme becerileri gelişmiş, empati yapabilen bireylerin stresli durumlarda kendine güvenli bir biçimde davranarak daha iyi baş edebildiklerini öne sürmüşlerdir [110].

Kan (2020) yaptığı doktora çalışmasında akademisyenlerin pozitif psikoterapide denge modeline göre çatışma çözme becerilerini incelemiştir. Çalışma sonucunda akademisyenlerin anlam boyutunda bazen, başarı boyutunda genellikle, ilişki boyutunda nadir, bedene dair memnuniyetleri bazen olduğunda, kişisel düzenlemelerinin olumlu etkilendiğini ve kişisel düzenlemesi yüksek oldukça başarı oranı arttığını bulmuştur [111].

Program sonunda hemşirelerin denge modelinin her bir boyutunda kendileri ile ilgili farkındalıkları olmuştur. Hemşirelerin büyük çoğunluğu dengeyi bozan alan ile ilgili somut adımlar atabilmişlerdir. Yaşamda psikolojik dayanıklılığı arttırmak ve yaşam deneyiminden keyif alabilmek için bu dört boyuta eşit miktarda dikkat etmek gerekir [73]. Ayrıca denge modeli bireylerin ihtiyaçlarını karşılayabilmesi için bir kaynak olarak görülmektedir [52]. Bu bağlamda denge modeli; yoğun iş temposu ve iş stresi altında çalışan hemşirelerin ihtiyaçlarını fark etmesi ve karşılaması konusunda bir araç olabilir.

4.2.2. Tema 2. Gerçek Yetenekler

Bu temada, uygulanan programın hemşirelerin gerçek yeteneklerini fark etme ve geliştirmeye katkısı ele alınmıştır. Hemşirelerin yaklaşık yarısı (n:6) kapasitelerinin nasıl geliştiğinin farkına vardıklarını, hemşirelerin bazıları (n:2) geliştirdiği kapasitelere artık başka bir bakış açısıyla bakabildiklerini ve hemşirelerin hepsi hangi kapasitesinin (adalet, itaat, sevgi, zaman, başarı) az veya fazla geliştiğinin farkına vardığını ifade etmiştir. Bu kapasiteler Çizelge 4.2.'de detaylı olarak verilmiştir.

Bu alt temaya ait bazı alıntılar aşağıdaki gibidir:

“Şöyle etkiledi, ben çocukluğumdan beri hep kendi ailemde şöyle bir ortamda büyüdüm. Ben çalışırsam başarılı olursam ailem beni sevdi. Sonra mesela gençliğimde de aynı şey oldu. Ben ne kadar çalışırsam ne kadar çalışkan olduğum sürece sevildim. Bunu şimdi kendimle hangi ortama girersem gireyim çalışırsam

ben beni seveceğini inanıyordum. Ee.. Tabi ki öyle değilmiş çok daha farklı kendimle alakalı birçok şeyi keşfettim bu eğitimde, benim için çok iyi oldu tabiki. Başarı ve sevgi boyutunda hakikatten ciddi değişmelerin olduğunu ben inanıyorum” (Katılımcı 12).

Düzen kapasitesinin fazla geliştiğini fark eden bir katılımcının ifadelerine aşağıda yer verilmiştir:

“Ya evet düzen takıntım var hani herşey düzenli programlı gitsin çok isterim ben. Bir planım vardır o planın dışına şaşmak bile huzursuz eder beni. Mesela arkadaşlar diyordu ki bana, “hadi kahve içelim” hayır ben şunu bitireyim ondan sonra diyodum. Onlar içerken onu bitiriyim ondan sonra hani onu bitircem illa. E dursun ya dursun bi on dakika sonra bitirirsin ne var. Hani bunu yapamıyordum çünkü o rutinin dışına çıktığımda o bi şeylerim kaldığında kendime artık başarısız mı görüyorum ya da ya beni çok huzursuz ediyor. İş orda dururken ben kahve içemem, birşeyler kemiriyordu beni. Ama şimdi bazı şeyleri ertelemeye de başladım” (Katılımcı 6).

Gerçek yetenekler (birincil ve ikincil kapasiteler) kalıtsal ve çevresel etkenlerle yaşam boyu şekillenir, bireylerin ilişkilerinde ve ruh sağlığında önemli rol oynarlar. Eğer yetenekler normalden fazla ya da az gelişirse dört temel yaşam boyutunda denge kurulamamakta ve bireylerde fiziksel ve ruhsal olarak sorunlar ortaya çıkmaktadır [13], [75]. Birinci ve ikinci yeteneklerin sağlıklı bir şekilde gelişip dengeli bir şekilde kullanılması, olumlu bir ruh halinin belirtisi olarak ifade edilmektedir. Pozitif Psikoterapi, bireylerin sorunlarına odaklanmak yerine, kişinin sahip olduğu yeteneklere vurgu yaparak rahatsızlıklarını çözmeye odaklanır [46].

Günlük yaşamda kapasitelerimizi ortaya koyma biçimimiz yaşadığımız çatışmalarda belirleyici olabilirler. Bu bağlamda hemşirelerin hangi kapasiteleri dengeli veya dengesiz kullandıklarını fark etmeleri çatışma çözme stillerini etkileyebilir. Program sonunda hemşirelerin bir kısmı günlük yaşamda ortaya koydukları kapasiteleri fark edip yeni bakış açıları geliştirdiler. Eryılmaz ve Çaykuş (2020) pozitif kavramlardan biri olan mutluluk ile birincil ve ikincil yetenekler arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada zaman yeteneği sağlıklı gelişen bireylerin daha mutlu olduklarını öne sürmüşlerdir [112]. Yapılan benzer bir çalışmada, gerçek yeteneklerle öznel iyi oluş arasındaki ilişki incelenmiştir. Birincil yeteneklerden zamanın ve umudun; ikincil yeteneklerden güvenirliliğin ve başarının

bireylerin öznel iyi oluşlarıyla ilişkili olduğu bulunmuştur. Bir başka deyişle, yetişkinler, zaman, umut, güvenilirlik ve başarı yeteneklerini kullandıkça, onların öznel iyi oluş düzeyleri artmaktadır. Program sonrası bazı hemşirelerinin zaman kapasitesinin geliştiği görülmüştür. Pozitif psikoterapide zaman yeteneği; bireyin her şeyin bir zamana ihtiyacı olduğunu fark etmesi ve kendisine fiziksel ve duygusal olarak yeterince zaman ayırması olarak tanımlanmaktadır [16].

4.2.3. Tema 3. Zorlayıcı Yaşam Olayları

Bu tema hemşirelerin zorlayıcı yaşam olaylarında hangi kapasitelerinin tetiklendiğini ve tetiklenmeye verdiklerini tepkilerin farkındalığındaki değişimlerle ilgilidir. Hemşirelerin hepsi (n:14) bu programla birlikte tetiklenmelerini ve tepkilerini fark etmeye başladıklarını ve bu farkındalığın programın en çok katkı sağlayan alanlarından biri olduğunu ifade etmişlerdir. Bu tema iki alt tema ile incelenmiştir.

4.2.3.1. Alt Tema 1. Tetiklenen kapasiteler

Hemşirelerin hepsi zorlayıcı yaşam olaylarında hangi kapasitesinin tetiklendiğini artık farkına varabildiğini bildirmiştir.

Adalet kapasitesinin tetiklendiğini ifade eden bir hemşirenin ifadesi aşağıdaki alıntıda verilmiştir:

“Çünkü ben adaletliyim. Ben bunu(çalışma çizelgesini) sizin isteklerinize göre yaptım ama yine de memnun edemiyorum sizi diye böyle bir çıkışım oluyor. Öfkemde oluyor sözel olarak sonra rahatlıyorum ama evet” (Katılımcı 8).

4.2.3.2. Alt Tema 2. Tepkilerinin farkına varmak

Hemşirelerin hepsi tetiklenmelerine karşı geliştirdikleri duygu ve davranış tepkilerinden söz etmişlerdir. Bu tepkilerden bazıları; öfkelenildiğini fark etmek, eskiden tepkilerini kontrol edemediğini fark etmek, açıklıkla yanıt vermeye başlamak, öfkeyi baskıladığını fark etmek, içine dönmek, kendini suçlamak eski davranışlarının işe yaramadığını fark etmektir. Çizelge 4.2.’de hemşirelerin ifade ettiği tepkiler detaylı verilmiştir.

Eski davranışlarının işe yaramadığını fark ettiğini ifade eden bir hemşirenin ifadesi aşağıdaki gibidir:

“O tetiklenme olayı olduktan sonra sorumlu hemşire ile yaşadığım olayda aslında bütün arkadaşlarım “sen çok fevri hareket gösterdin” dediler. Oysaki hala

kendimi haklı buluyordum ama oturdum düşündüm. Neden ben buna bu kadar çok öfkelenim. Sonra analiz ettim ve bana emrivaki davrandığı için, sorumluluğum olmamasına karşı bana sorumluluğu vermeye çalıştığı için ben bu kadar fevri harekette bulundum. Yani beni tetikleyen kısmın bu olduğunu gördüm. Nasıl hissediyorum bir ateş basması içinde öyle bir sinir damarım çıkar hemen sinirlenince. Ve biraz sinirlenince böyle ses tonumda titrer. Ve kelimelerimi çok seçmeden konuşuyorum o süre zarfında. Ama böyle bir durum olduğunda şu an sessiz biraz kalmaya çalışıyorum. Nefes aldığımı hissetmeye çalışıyorum. Nefesimi alıp o akciğerlerimiz sadece şu an şey o olayı sindirmeye çalışıyorum ve sonrasında düşünüyorum. Buna tabi iç sesimle konuşuyorum tabi neden böyle hissettim acaba diyerek sonrasında biraz daha mantıklı çerçeveden bakıp analiz edip cevap vermeye çalışıyorum olaylar karşısında” (Katılımcı 10).

Program sonrası daha sakin tepkiler vermeye başladığını fark eden bir hemşirenin alıntısı da aşağıdaki gibidir:

“Kız kardeşime ev işlerinde yardım etmek istedim, ama bana kızdı benim işimi yapmayın ben daha çok iş çıkarıyorsunuz dedi. Kriz geçirdi. Ben dedim ki içimden onu tolere et. Normalde bağırır çağırır ben sana iyilik yapıyorum sen ne yapıyorsun falan derdim ama işte bu programdan sonra diyorum ki neyse diyorum hoş gör. Tuttum ağzımı. Bir şey tetiklenmiştir onu yani herhalde bişeyi tetiklendi diye düşündüm. Çocuklar olabilir y muhtemelen kız dolmuş konuşuyo işte elinde olmadan benim gibi diyip sustum. Tahammülüm olmazdı ama sinirlenmedim. İşimi yaptım” (Katılımcı 11).

Program sonunda hemşireler kendilerini tetikleyen olayları fark etmeye ve tetiklendikleri zaman verdikleri tepkileri fark etmeye başladılar. Hemşireler stresli durumlarda düşüncelerini yeniden çerçeveyeylebildiklerinde, bu durumları başarılı bir şekilde yönetme olasılıkları da artacaktır [81]. Bu alandaki farkındalıklar hemşirelerin stresörlere karşı tepkilerini daha iyi yönetme ve tepkilerini anlayabilme becerisi kazandırmıştır. Kim ve Chang (2022) hemşirelerin dayanıklılık algılarının ve deneyimlerini araştırdıkları metasentez çalışmasında, benzer bir alt boyut tanımlamışlardır. Zorluk işaretlerini tanıma ve kabul etme alt boyutunda hemşireler sorunları bulmak için kendi içlerine bakmış ve kaçınmak yerine içinde bulundukları durumu kabullenme tutumu sergilemişlerdir. Hemşireler stresin uyarı işaretlerini görmezden gelmek yerine fark etmeye çalışmış ve kendilerini bedenlerinin ve duygularının durumuna ve taleplerine odaklanma becerisi

geliştirmişlerdir [82]. Benzer şekilde Han ve arkadaşları (2022), mevcut nitel çalışmaların bulgularını inceleyerek dayanıklılığın oluşma nedenlerini araştırdıkları çalışmada dayanıklılığın pozitif başa çıkma ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir [106]. Hemşirelikte dayanıklılık, bazı araştırmacılar tarafından bir hemşirenin stresörlerle ve ruh sağlığı tehditleriyle başa çıkma becerisinin ölçütü olarak tanımlanmıştır [81]. Hemşirelerin mesleki ortamları her zaman stresli, travmatik veya zor durumlar ve sıkıntılar içerecektir çünkü bu tür zorluklar hemşirelik işinin doğasında vardır. Bu nedenle dayanıklılık, hemşireler ve hemşirelik için gerekli bir niteliktir çünkü günlük çalışma koşulları çok olumsuz olabilir [35].

4.2.4. Tema 4. Anahtar Çatışma

Bu tema programın ana amaçlarından biri olan anahtar çatışma farkındalığı ile ilgilidir. Hemşirelerin ifadelerine göre tüm hemşirelerin (n:14) anahtar çatışmalarını farkına vardığı görülmektedir. Hemşirelerin büyük çoğunluğu (n:11) programdan önce nezaketi fazla kullandığını ve yarısından fazlası (n:8) ise programdan sonra açıklığı kullanmaya başladığını bildirmiştir.

Anahtar çatışma farkındalıkları ile ilgili aşağıda örnek alıntılar verilmiştir:

“Ben burda işe başladığımdan beri mütemadiyen evlilik sorularına maruz kalıyorum ki yani bence çok yaşlı değilim yirmi yedi yaşımdayım. Ama ilk etapta insanlara tamamen nezaketle yanıt vermiştim. Bugün biraz daha nezaketle birlikte açıklığı kullanmaya başladım. Yani kabaca sanane falan değil de herkesin yaşayış biçimi farklı benim için çok erken yaşta evlenenlerin de evlilikleri çok sağlam değil o yüzden ben beklemeyi tercih ediyorum tarzında bir yanıtım oldu. Yani şu üç hafta içerisinde çok aktif bir şekilde kullanmaya başladım ben şu üç haftada kullandığım aktiflikte ya da yakın düzeyde kullanmaya devam edersem bence benim hayatımda ciddi anlamda önemli rol oynayacak” (Katılımcı 9).

“Ben çok açıklığı kullanamıyorum. Kullanamadım da yıllarca. Hep şimdi üzülcek acaba yanlış mı anlıyacak üzücüm mi onu hep böyle yaklaşıyordum. Hep böyle alttan alan taraf genelde ben oluyordum. Şimdi artık hayır dur diyebiliyorum. Aslında bunu dediğim zaman evet çatışmaya giriyoruz ama onun davranışlarında da fark olmaya başlıyor sonrasında. Aslında ben sustuğum için böyle davranıyordu. (Katılımcı 6).

Anahtar çatışma çözme biçimi bireylerin sorunlarına yanıt verme biçimi ile ilgilidir.

Çatışma çözme biçiminin bir ucunda yer alan açıklık; bireyin kendini öne alarak sorunları çözmeye çalışması, nezaket ucu ise; sorun çözmede diğerini öncelemekle ilgilidir. İdeali ikisi arasında denge kurmakla ilgilidir [72]. Hemşirelerin zorlu yaşam olaylarında çoğunlukla nezaketle yanıt verdikleri görülmüştür. Programdan sonra açıklıkla yanıt vermeye başlamaları diğer boyutlarda farkındalıklarının artmasıyla ilişkilendirilebilir. Hemşirelerin açıklığı kullanmaya başlamaları sorunları çözmek için bir fırsat yaratabilir. Kim ve Yang (2022) hemşirelerin dayanıklılık algılarının ve deneyimlerini araştırdıkları metasentez çalışmasında dayanıklı hemşirelerin zorlu yaşam olaylarına yanıt verirken yeteneklerine inandıkları ve duygularını dürüstçe ifade etmeye çalıştıkları sonucuna varmışlardır [82]. Olumlu başa çıkma tarzı, bireylerin olumsuz olayları anlamasını geliştirir, sorunları çözme ve başa çıkma becerisini artırarak olumsuz duyguları hafifletir. İş yerinde zorluklarla karşılaştıklarında, yüksek dayanıklılığa sahip hemşireler olumlu fiziksel eylemlerle sorunları kısa sürede çözebilirler [113]. Ayrıca, dayanıklılık hemşirelerin duygularını akıllıca yönetmelerini ve etkili kişilerarası ilişkiler kurmalarını sağlar [114].

4.2.5. Tema 5. Programın değerlendirilmesi

Bu tema hemşirelerin programı genel olarak değerlendirmelerini içermektedir. Analiz sonucunda bu tema beş alt tema ile açıklanmıştır.

4.2.5.1. Alt Tema 1. Eğitimin genel değerlendirilmesi

Bu alt temada hemşirelerin ifadelerine göre eğitim ortamını keyifli ve güzel bulduklarını (n:5) ve hayatlarında olumlu etkiler yaratan bir program (n:3) olduğu görülmektedir.

Aşağıda bu alt tema ilgili bir alıntı verilmiştir:

“Genel olarak eğitimi ilk önce ortam güzeldi. Keyifli geçti. Bizim kendimizi tanımamıza neden oldu yani yapabileceğimiz çok şeyler varmış kendimizi geliştirmek için. Ben çok faydalı olarak buldum kendimi iyi hissettim” (Katılımcı 8).

4.2.5.2. Alt Tema 2. Kendini bulma/kendiyle ilişkili farkındalıklar

Bu alt temada, hemşirelerin büyük çoğunluğu (n:12) programın kendilerini tanımalarına, kendileri ile ilgili farkındalıklarını arttırmalarına, kendilerini iyi hissetmelerine yardımcı olduklarını bildirmiştir.

Kendisi ile ilgili farkındalığı arttığını ifade eden bir hemşirenin alıntısı aşağıda

verilmiştir:

“Yani dediğim gibi çünkü ben birçok şeyi fark ettim. Aslında bazı konularda kendime karşı çok acımasız olduğumu da fark ettim. Bazı konularda da sürekli kaçındığımı fark ettim. Yani kendi çukurlarımız var sürekli aynı çukurlara düşüyoruz dedik ya aslında ben çukurlara düştükten sonra çukurların içerisinde gayet rahat bir şekilde kalabildiğimi fark ettim. Yani biraz kendimi de tanımlayabiliyorum. Bu benim için iyi oldu. Karşı taraftan gelen tepkileri de daha iyi algılayabiliyorum aslında. Yani genel olarak hayatımda olumlu bir etkisi olacak umarım devam ettirebilirim bu şekilde” (Katılımcı 9).

4.2.5.3. Alt Tema 3. Davranış değişikliği üzerindeki etkileri

Bu alt temada, program sonrası davranışlarında somut değişiklikler gören hemşirelerin ifadeleri dikkat çekmektedir. Hemşirelerin büyük çoğunluğu programın davranış örüntüleri üzerindeki değişimden söz etmişlerdir. Bu davranış değişimlerinden bazıları; eskisi kadar fevri hareket etmemek, durumu ve kendi davranışlarını analiz etme becerisi, hayır diyebilme, açıklığı kullanmaya başlama, zaman yönetimi, kontrol edemeyeceği durumları bırakabilme becerisi.

Aşağıda bu alt temaya ait alıntılar verilmiştir:

“Genel olarak hakikatten bana şaşıyorum, bu değişim nasıl oldu diyorum. Çünkü ben sinirli yapıya sahip bir insanım gerçekten. Fevri hareket ederim. Bir şey olduğu zaman böyle ağlıyordum. Özellikle haksızlığa uğrayınca öldüresim geliyor böyle yiyelim geliyordu onları, yani o kadar şiddetli. Şimdi böyle relaksım yani çok enteresan şaşıyorum kendime... nasıl böyleyim bende anlamıyorum. Hakikatten bu kadar olacağını ben düşünmezdim gerçekten teşekkür ediyorum. Farkındalığım gerçekten ciddi anlamda oluştu” (Katılımcı 12).

4.2.5.4. Alt Tema 4. İlişkiler üzerindeki etkileri

Hemşirelerin yarısından fazlası programın ilişkilerini yeniden ele alma ve düzenleme konusunda katkı sağladığını ifade etmiştir. Hemşirelerin ifadelerinden özellikle kişiler arası ilişkilerinde, aile ve kendisi ile ilişkilerindeki çatışmaların farkına varmalarında bu programın katkısı olduğu görülmektedir.

Bu alt temaya ait aşağıda bir alıntı verilmiştir:

“Genel olarak yaşadığımız olaylara ya da günlük olaylara farklı ve daha geniş

bakış açısıyla bakmamı sağladı. İlişkilerimizi düzenleyeceğini düşünüyorum. Yaşadığımız çatışmaları azaltacağını düşünüyorum. Bide grup olarak yaptığımız için birbirimizi farklı açılardan tanıma fırsatımız oldu, birbirine karşı önyargısı vardı, kaybıldı. Buradaki etkileşimde çok iyiydi. Herkes samimiydi, duygularını ifade etme özgürlüğüne sahipti. Öyle o grubun etkileşimi de bence çok güzel oldu bu anlamda". (Katılımcı 5).

4.2.5.5. Alt Tema 5. Denge modeli üzerindeki etkileri

Her ne kadar denge modeli üzerindeki değişimler birinci temada ayrıntılı olarak ele alınmış olsa da programın genel değerlendirmesinde hemşireler denge modeline vurgu yapmışlardır. Hemşireler denge modelini hayatlarının birçok alanında kullanmaya başladıklarını ve bu modelin yaşam dengesini bulmada olumlu katkı sağladığını ifade etmişlerdir.

Aşağıdaki alıntı denge modelinin kullanmanın hayatında nasıl katkı sağladığını açıklamaktadır:

"Yemek yerken denge geliyo aklıma ya böyle saçmalık olabilir mi hani çünkü diyorum evet ben bunu uygulamaya geçicem o ordaki kısmı toparlıcam diyorum ve bırakabiliyorum" (Katılımcı 6).

Programın genel değerlendirmesini yapan hemşirelerden bazıları, eğitim ortamını keyifli ve güzel bulduklarını ve programdan olumlu etkilendiklerini dile getirmişlerdir. Hemşirelerin büyük çoğunluğunun kendi ile ilgili farkındalıkları olmuş ve bu farkındalıklarla daha iyi hissetmişlerdir. Program sonrası hemen hemen tüm hemşireler davranış değişikliğinden söz etmiştir. Hemşirelerin yarısı ilişkilerini ele alma ve yeniden düzenleme konusunda ilerleme sağlamıştır. Ve son olarak programın genel değerlendirmesinde bazı hemşireler denge modelini hayatlarının birçok alanında kullanmaya başladıklarını ifade etmişlerdir. Cope ve arkadaşlarının (2016) hemşirelerle yaptığı nitel çalışmada dayanıklılığı gösteren sekiz tema ortaya çıkmıştır: kendini yönetme; olumluya odaklanma; sosyal desteğe değer verme; ileriye dönük yatırım yapma; mesleğe duyulan tutku; zorlukları üstlenme; zorlukları deneyimleme ve bunlarla büyüme ve liderlik [33]. Benzer şekilde yapılan bir meta-sentez çalışmasında şu temalar belirlenmiştir: psikolojik olarak güçlü olma, pozitif başa çıkma, dış destek alma [106]. Program değerlendirme sonuçları literatürle benzer şekilde alt boyutlar içermektedir. Kendini yönetme, sosyal destek alma, pozitif başa çıkma gibi alt boyutların benzer olduğu

görülmüştür.

Literatürde öz yeterlilik, iyimserlik, umut, zorluklarla başa çıkma becerisi ve sosyal destekler de dahil olmak üzere birçok özelliğin hemşire dayanıklılığını desteklediğine inanılmaktadır [37], [41]. Bunlar, hemşirelerin deneyimlerinin araştırıldığı nitel araştırma çalışmalarda [82], [106] ve dayanıklılığı ölçmeye ve ilişkileri test etmeye çalışan nicel araştırma çalışmalarda [10], [85], [102], [115] rapor edilmiştir. Stres yönetimi programları ve dayanıklılık eğitimi de dahil olmak üzere bireysel hemşire dayanıklılığını geliştirmeyi amaçlayan müdahaleler geliştirilmiştir [10], [17], [22], [81], [86]. Hemşirelerin söz edilen bilgi, beceri ve kaynaklara ulaşmasının sağlanması gerekmektedir. Bireye yönelik girişimler birlikte organizasyonel girişimlerinde uygulanması hemşirelerin ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesinde önemli adımlar atılmasını sağlayabilir [41].

4.2.6. Tema 6. Beş yıl sonra...

Bu son tema hemşirelerin kendilerini beş yıl sonra nerede görmek istediklerini ve kendileriyle ilgili beklentilerini içermektedir. Hemşirelerin hepsinin ifadelerinde beş yıl sonra yaşam dengesi farkındalığı artmış, şu andaki zorluklarını aşmış ve olumlu gelecek beklentisi içinde olan ifadeler kullandıkları görülmektedir. Bu ifadelerin detayları tablo...’de verilmiştir.

Aşağıda bu temaya özgü bazı alıntılar verilmiştir:

“Yani insanlarla olan ilişkilerimi değiştirmiş olabilir ya da ilişkilerime bakış açımı değiştirmiş olabilir. Belki yaşantımda da önemli değişiklikler olabilir çünkü kendimce planladığım bazı şeyler var yani günüm dolduğunda emekli olup bu işi bırakmak istiyorum mesela. Ona yönelik girişimde bulunma planım daha da arttı bu programdan sonra. Bir de çocuklar konusunda, onların da artık bir birey olduğunu kabul etmemi sağladı program. Beş sene sonrasında bunun daha güzel olacağını düşünüyorum. Şu anda çok iyi olmadığını ama ileride daha iyi olacağını düşünüyorum” (Katılımcı 2).

“Beş yıl sonraki Ş. ’ya baktığımda yaşamak istediğim hayat, hayatımda olmasını istediğim adam, aile yaşantım, kariyer olarak nasıl bir Ş. görüyorum, beden olarak sağlık olarak nasıl bir ben istiyorum... Bütün bunları kağıda yazdım hayal ettim. Şu an gözümü kapattığımda bile o Ş. ’yı çok rahat görebiliyorum. Bunun bozulmadığı için ve ekstra her gün o Ş. ’yı gözümde canlandırdığımdaki mutluluk

daha da huzur veriyor bana. Ve bunun için devamlılığını sağlamak istiyorum. Bu hayatı güzel yaşayacak tek kişi benim ve bu istediğim hayatı yaşamak içinde elimden geleni yapıcım. Yani bunun için çaba sarf etmem gerektiğini gösterdiniz bana” (Katılımcı 10).

Kim ve Chang (2022) yaptıkları nitel çalışmada hemşirelerin, hayatlarını zorluklara terk etmektense daha iyi bir hayat yaşamak için geleceklerini planladıkları sonucuna varmışlardır. Ve hemşirelerin daha iyi bir gelecek için kendilerini geliştirmek, yeni bir hayata ve yeni bir duruma uyum sağlamak zorunda olduklarını hissettiklerini ifade etmişlerdir. Bu süreç hemşirelerin profesyonelliklerini inşa etmelerine yol açmıştır [82]. Benzer şekilde bu çalışma sonucunda da hemşireler gelecekleri ile ilgili plan yapmış, daha iyi bir gelecek hayali kurmuşlardır. Hemşireler, hem bütünsel sağlık ve zindeliği teşvik eden kişisel uygulamaların hem de zorlu durumlarla başa çıkma becerisine ilişkin kendini onaylayan inançlara sahip olmanın, uzun vadede çalışma hayatına devam etmelerine yardımcı olduğuna inanmaktadır [80], [81].

Hemşirelerin psikolojik dayanıklılığı, hemşirelerin daha iyi bir gelecek için plan yapmaları, hemşireliğin mesleki anlamına değer vermeleri ve hemşire olarak gelişmek istemeleri bakımından önceki psikolojik dayanıklılık kavramından daha spesifik anlamlara sahiptir. Zor durumlarda geleceği planlayan ve kendilerini geliştirmek isteyen hemşirelerin bu özelliği, hemşire dayanıklılığını artırmaya yönelik müdahalelere yön verebilir [82]. Çalışmamızda benzer şekilde uygulanan psikolojik dayanıklılık programı hemşirelerin öz bakım davranışlarını arttıran, ilişkilerini yeniden düzenlemek için yol gösteren ve gelecekle ilgili plan yapmaları için destekleyen çok boyutlu ve davranış değişikliği oluşturan bir programdır. Program sonunda hemşireler, yaşam enerjilerini nasıl kullandıkları ile ilgili farkındalık oluşturmuş, dengeyi bozan alanda somut adımlar atmışlardır. Hemşirelerin büyük çoğunluğu program sonunda zorlayıcı yaşam olaylarında farkındalık kazanarak çatışma çözmek için yeni yollar öğrenmişlerdir. Hemşirelerin kendileri ile olan ilişkileri daha çok teması içeren ve kabul edici bir yöne evrilmiştir. Kabul beraberinde öz şefkat davranışını getirmiştir. Hemşirelerin tüm bu duygulanım ve davranış değişikliği ile beraber umutları artmış ve gelecekle ilgili plan yapma kapasiteleri gelişmiştir. Hemşireler büyük ölçüde kendi sağlık ve esenliklerinden sorumludur. Etkili bir günlük öz bakım planı geliştirme girişimi, hemşireliğin getirdiği duygusal yorgunluğu gidermeye yardımcı olabilir, ancak stres faktörlerini azaltmaya ve hemşirenin kişisel ve mesleki gelişimini desteklemeye yönelik kurumsal çabalar da çok önemlidir [22].

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma, pozitif psikoterapi temelli hazırlanan psikolojik dayanıklılık programının hemşirelerin psikolojik dayanıklılıklarına etkisini incelemek amacıyla ön test, son test ve izlem test içeren randomize kontrollü ve hemşirelerin program sonrası dengeli yaşam becerilerini ölçmek için fenomenolojik olarak yapılmıştır. Bu amaca ulaşabilmek için hem nicel hem nitel araştırma yöntemlerini içeren karma yöntem esas alınmıştır. Araştırmanın sonuçlarına bu bölümde yer verilmiştir.

Nicel verilerin değerlendirilmesi sonucunda;

- Katılımcıların gruplarına göre YPDÖ ve boyutlarının karşılaştırılması incelendiğinde;
 - Katılımcıların gruplarına göre yapısal stil ön test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Kontrol grubunun yapısal stil ön test puanlarının, deney grubuna göre daha fazla olduğu görülmektedir. Etki büyüklüğünün ön testte Cohen's $d=0.668$ ve izlem testinde Cohen's $d=0.500$ olduğu görülmektedir.
 - Sosyal Yeterlilik boyutunda izlem testinde deney grubu lehine anlamlı olmaya yakın bir fark gözlenmiş ($p=0.078$), ancak bu fark önemli bir etki büyüklüğüne sahip değildir (Cohen's $d=0.245$).
 - Katılımcıların gruplarına göre aile uyumu alt boyutunda son testte deney grubu lehine anlamlı bir fark tespit edilmiş ($p=0.042$) ve orta düzeyde bir etki büyüklüğüne (Cohen's $d=0.500$) sahip olduğu gözlemlenmiştir.
 - Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin son testindeki t değeri istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.014$), ancak düşük bir etki büyüklüğüne (Cohen's $d=0.111$) sahiptir, bu da müdahalenin bu boyutta sadece küçük bir etkisi olduğunu göstermektedir.
- Deney ve kontrol grubunda yer alan hemşirelerin zamana göre YPDÖ ölçeği alt boyutlarının puanlarının karşılaştırılmasına;

- Kendilik Algısı boyutu için yapılan analizde, ön test ve izlem testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Etki büyüklüğü %5.3 olarak hesaplanmıştır, bu düşük bir etki büyüklüğüdür ve pratikte önemli bir farkı işaret etmemektedir.
- Gelecek Algısı boyutunda ise, ön test, son test ve izlem testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar tespit edilmiştir ($p<0.05$). Bonferroni düzeltmesi sonucunda, son test ve izlem testi puanlarının ön test puanlarından ve son test puanlarının izlem testi puanlarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Etki büyüklüğü %8.3 olarak belirlenmiştir, bu orta düzeyde bir etki büyüklüğüdür ve müdahalenin Gelecek Algısı üzerinde zamanla artan bir etkisi olduğunu göstermektedir.
- Yapısal Stil boyutunda, ön test ile son test ve izlem testi puanları arasında anlamlı farklar bulunmuş ($p<0.05$) ve Bonferroni düzeltmesi sonucunda son test ile izlem testi puanlarının ön test puanlarından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Etki büyüklüğü %6.3'tür, bu da orta düzeyde bir etki büyüklüğüne işaret etmektedir.
- Sosyal Yeterlilik boyutu için yapılan analizde, ön testten izlem testine doğru ilerleyen zaman dilimlerinde puanlar arasında çok yüksek anlamlılık düzeyi ($p<0.001$) ve önemli bir etki büyüklüğü (%23.1) tespit edilmiştir. Bonferroni düzeltmesine göre, izlem testi puanları ön test ve son test puanlarından, son test puanları da ön test puanlarından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.
- Aile Uyumu boyutunda yapılan analizde, ön test ile son test ve izlem testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar saptanmış ($p<0.05$) ve etki büyüklüğü %15.5 olarak belirlenmiştir. Bonferroni düzeltmesi sonucunda, son test ve izlem testi puanlarının ön test puanlarından, son test puanlarının izlem testi puanlarından daha yüksek olduğu bulunmuştur.
- Sosyal kaynaklar boyutu için yapılan analizde ön test, son test ve izlem testinde anlamlı farklılıklar görülmemiştir ($p>0.05$).
- Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği genelinde yapılan analizde, ön test ile son test ve izlem testi puanları arasında son derece anlamlı farklar tespit

edilmiş ($p<0.001$) ve etki büyüklüğü %26.4 olarak hesaplanmıştır. Bu, son test ve izlem testi puanlarının ön test puanlarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğunu göstermektedir.

- Kontrol grubu katılımcılarının zamana bağlı psikolojik dayanıklılık ölçeği ve boyutlarının karşılaştırılması incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).
- Katılımcıların gruplarına göre psikolojik dayanıklılık ölçeği ve boyutlarının grup-zaman etkileşimi açısından karşılaştırılmasında;
 - Yapısal Stil boyutunda gruplar arası ve zaman açısından istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmuştur. $F_{\text{grup}}=5.848$, $p_{\text{grup}}=0.018$; $F_{\text{zaman}}=1.836$, $p_{\text{zaman}}=0.043$; ve $F_{(\text{grup}*\text{zaman})}=1.365$, $p_{(\text{grup}*\text{zaman})}=0.049$ olarak elde edilmiştir. Etki büyüklüğü %7.7 olarak hesaplanmıştır. Bu bulgular, Yapısal Stil boyutunun deney grubunda zamana bağlı olarak değiştiğini ve gruplar arasındaki etkileşimin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir.
 - Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği genelinde ise, zaman açısından $F_{\text{zaman}}=3.745$, $p_{\text{zaman}}=0.026$ ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmışken, grup*zaman etkileşimi için de $F_{(\text{grup}*\text{zaman})}=5.755$, $p_{(\text{grup}*\text{zaman})}=0.004$ ile anlamlı bir etkileşim bulunmuştur. Etki büyüklüğü %7.6 olarak belirlenmiştir, bu da zaman içinde ve gruplar arası etkileşimin güçlü olduğunu gösterir.
 - Diğer boyutlarda, özellikle Gelecek Algısı ve Sosyal Yeterlilik boyutlarında, grup ve zaman etkileşimi için anlamlı sonuçlar elde edilmiştir. Bu, müdahalenin bu boyutlarda zamanla değişen etkisini ve gruplar arasındaki farklılıkları göstermektedir.

Derinlemesine görüşme yoluyla toplanan nitel verilerin değerlendirmesi sonucunda;

- Hemşirelerin program sonrası dengeli yaşam becerileri ve program ile ilgili görüşlerini içeren toplam altı ana temanın ortaya çıktığı,
- Yaşam dengesi ana temasında; beden, başarı, ilişki ve anlam/maneviyat alt temalarında hemşirelerin farkındalıklarının olduğu ve sorunlu buldukları alan ile ilgili somut adımlar attıkları, neticede yaşamda dengeye gelmek için kendi

kaynaklarını farketmeye başladıkları,

- Gerçek yetenekler ana temasında; hemşirelerin fazla ya da az geliştirdikleri kapasiteleri farkettileri ve bu kapasitelerle ilgili yeni bakış açıları geliştirdikleri,
- Zorlayıcı yaşam olayları ana temasında hemşirelerin tetiklendikleri zaman hangi kapasitelerinin harekete geçtiğini ve bu durumlarda duygu ve davranışları ile ilgili farkındalık kazandıkları,
- Anahtar çatışma ana temasında hemşirelerin zorlayıcı yaşam olaylarına verdikleri tepkileri farkettileri ve daha dengeli yanıtlar verebilmek için harekete geçtikleri,
- Programın değerlendirilmesi ana temasında; eğitim ile ilgili genel kazanımları, kendileri ile ilgili farkındalıkları, davranış değişikliği üzerindeki etkileri, ilişkileri üzerindeki etkileri ve denge modeli üzerindeki etkilerini farkettileri,
- Beş yıl sonra ana temasında ise; kendileri ile ilgili daha mutlu, daha sağlıklı, daha huzurlu, daha anlayışlı gibi olumlu öngörüler oluştuğu belirlenmiştir.

Sonuç olarak; PPDDP girişiminin hemşirelerin psikolojik dayanıklılık geliştirmesinde ve dengeli yaşam becerilerini öğrenme ve kullanma konusunda etkin olduğu bulunmuştur.

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Hemşirelerin psikolojik dayanıklılık düzeylerini belirlemek için düzenli ölçümler yapılması,
- PPDDP'nin farklı hastanelerde ve sağlık kuruluşlarında görev yapan hemşirelere ve diğer sağlık görevlilerine uygulanması,
- PPDDP'nin kendilik algısı alt boyutunda daha fazla etki yaratabilmesi için benlik saygısının çalışıldığı “durumsal cesaretlendirme” basamağının 1 oturumdan 2 ya da daha fazla oturuma çıkarılması ve oturum içeriklerinin katılımcıların kendilik algılarını yükseltebilecek uygun ve yeterli egzersizlere yer verilmesi,
- Ev çalışmalarının içerik bakımından zayıf kalan kendilik algısını arttırmaya yönelik yeniden düzenlenmesi,
- PPDDP'nin içeriğine katılımcıların sosyal kaynaklarını gerektiğini

kullanabilme konusunda farkındalığını ve becerisini arttıracak oturumlar ve egzersizler eklenmesi,

- Ev çalışmalarının etkinliğini ölçebilmek ve takibini yapabilmek için oturumlara ek süre eklenmesi,
- Program bittikten sonra 1.ay, 3.ay ve 6.ay gibi belirli aralıklarla düzenli takip oturumlarının yapılması,
- Nicel verilerin izlem testlerindeki yükselmesinden yola çıkarak bir izlem testi daha uygulanması,
- Nitel bulguların etki devamlılığını ölçmek için program bitiminden sonra izlem görüşmelerinin yapılması,
- PPDDP'nin oturum sayısı ve süresi bakımından arttırılması,
- İlerde yapılacak çalışmalarda program etkinliğinin daha iyi anlaşılabilmesi için psikolojik dayanıklılığı düşük katılımcılarla çalışılması,
- Yapılacak çalışmalarda psikolojik dayanıklılığın çok boyutlu bir kavram olduğunu göz önünde bulundurularak birden fazla psikolojik dayanıklılık ölçeği kullanılması,
- Hemşirelerin psikolojik dayanıklılıklarının arttırılması konusunda psikiyatri hemşiresinin aktif rol alması önerilmektedir.

6. KAYNAKLAR

- [1] H. N. Basım ve F. Çetin, “Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği’nin Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması”, *Türk Psikiyatri Derg.*, c. 22, sy 2, ss. 104-114, 2011.
- [2] U. Gürkan, “Resiliency Scale (RS): Scale Development, Reliability and Validity Study”, *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakülte Dergisi*, ss. 001-030, 2003.
- [3] F. Çetin, H. O. Yeloğlu, ve H. N. Basım, “Psikolojik Dayanıklılığın Açıklanmasında Beş Faktör Kişilik Özelliklerinin Rolü: Bir Kanonik İlişki Analizi”, *Türk Psikoloji Dergisi*, c. 30, sy 75, ss. 81-92, 2015.
- [4] M. McAllister, *The Resilient Nurse: Empowering Your Practice*. (1.basım), New York: Springer Publishing Company, 2011.
- [5] K. Karacaoğlu ve G. Köktaş, “Psikolojik Dayanıklılık ve Psikolojik İyi Olma İlişkisinde İyimserliğin Aracı Rolü: Hastane Çalışanları Üzerine Bir Araştırma”, *İş Ve İnsan Dergisi*, c. 3, sy 2, s. 119, 2016.
- [6] L. A. Kelly, P. M. Gee, M. J. Weston, ve H. A. Ryan, “Rethinking Resilience”, *Nurse Leader*, c. 17, sy 5, ss. 461-464, Eki. 2019.
- [7] G. Manomenidis, E. Panagopoulou, ve A. Montgomery, “Resilience in nursing: The role of internal and external factors”, *Journal Nursing Managment*, c. 27, sy 1, ss. 172-178, 2019.
- [8] S. Andersen, R. Mintz-Binder, L. Sweatt, ve H. Song, “Building nurse resilience in the workplace”, *Applied Nursing Research*, c. 59, s. 151433, Haz. 2021.
- [9] G. Janzarik, D. Wollschläger, M. Wessa, ve K. Lieb, “A Group Intervention to Promote Resilience in Nursing Professionals: A Randomised Controlled Trial”, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, c. 19, sy 2, s. 649, 2022.
- [10] A. L. Cooper, J. A. Brown, ve G. D. Leslie, “Nurse resilience for clinical practice: An integrative review”, *Journal of Advanced Nursing*, c. 77, sy 6, ss. 2623-2640, Haz. 2021.
- [11] P. A. Linley ve S. Joseph, “Positive change following trauma and adversity: A review”, *Journal Trauma. Stress*, c. 17, sy 1, ss. 11-21, 2004.
- [12] X. Zhai, L. Ren, Y. Liu, C. Liu, X. Su, ve B. Feng, “Resilience Training for Nurses: A Meta-analysis”, *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, c. 23, sy 6, ss. 544-550, 2021.

- [13] N. Peseschkian, *Günlük Yaşamın Psikoterapisi*. 1.basım (Çev.ed.Hürol Fıfıloğlu). Ankara: Beyaz Yayınları, 2002.
- [14] U. Boessmann ve A. Remmers, *Pozitif Psikodinamik Psikoterapi Ders Kitabı*, 1. basım. WAPP Press, 2022.
- [15] C. Henrichs ve G. Hum, “Positive Psychotherapy and Other Psychotherapeutic Methods”, içinde *Positive Psychiatry, Psychotherapy and Psychology*, E. Messias, H. Peseschkian, ve C. Cagande, Ed., Cham: Springer International Publishing, 2020.
- [16] N. Peseschkian, *Pozitif Psikoterapiye Giriş*. (Çev.ed. Tuğba Sarı). Ankara: Anı Yayıncılık. 1. baskı. 2015.
- [17] R. Babanataj, S. Mazdarani, A. Hesamzadeh, M. H. Gorji, ve J. Y. Cherati, “Resilience training: Effects on occupational stress and resilience of critical care nurses”, *International Journal of Nursing Practice*, c. 25, sy 1, ss. 1-6, 2019.
- [18] S. K. Powell, “Work–Life BALANCE: How Some Case Managers Do It!”, *Prof. Case Managment*, c. 23, sy 5, ss. 235-239, 2018.
- [19] S. Joyce, F. Shand, J. Tighe, S. J. Laurent, R. A. Bryant, ve S. B. Harvey, “Road to resilience: a systematic review and meta-analysis of resilience training programmes and interventions”, *BMJ Open*, c. 8, sy 6, ss. 1-9, 2018.
- [20] P. L. Hart, J. D. Brannan, ve M. De Chesnay, “Resilience in nurses: an integrative review”, *Journal Nursing Managment*, c. 22, sy 6, ss. 720-734, 2014.
- [21] O. Erkayiran, “Hemşirelerde Duygu Düzenlemenin Psikolojik Dayanıklılık, Başetme Ve Benlik Saygısına Yapısal Ve Deneysel Etkisi”, Doktora Tezi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın, 2022.
- [22] L. Grabbe, M. K. Higgins, M. Baird, P. A. Craven, ve S. San Fratello, “The Community Resiliency Model® to promote nurse well-being”, *Nursing Outlook*, c. 68, sy 3, ss. 324-336, 2020.
- [23] D. L. Magtibay, S. S. Chesak, K. Coughlin, ve A. Sood, “Decreasing Stress and Burnout in Nurses: Efficacy of Blended Learning With Stress Management and Resilience Training Program”, *JONA: The Journal of Nursing Administration*, c. 47, sy 7/8, ss. 391-395, 2017.
- [24] M. Earvolino-Ramirez, “Resilience: A Concept Analysis”, *Nursing Forum (Auckl.)*, c. 42, sy 2, ss. 73-82, 2007.
- [25] N. Akfırat ve M. Özsoy, “Türkiye’de Psikolojik Sağlamlık İle İlgili Yapılan Lisansüstü Tezlerin İncelenmesi”, *Kocaeli Üniversitesi Eğitim Dergisi*, c. 4, sy 1, ss. 26-42, 2021.
- [26] C. A. Gizir, “Psikolojik Sağlamlık, Risk Faktörleri Ve Koruyucu Faktörler Üzerine Bir Derleme Çalışması”, *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, c.13, sy 28, ss.113-128.
- [27] A. S. Troy, E. C. Willroth, A. J. Shallcross, N. R. Giuliani, J. J. Gross, ve I. B.

- Mauss, “Resilience: An Affect-Regulation Framework”, *Annual Review of Psychology*, c. 74, sy 1, ss. 547-576, 2023.
- [28] S. Salem, M. Ahmed, ve M. Aldahshan, “Resilience in Nursing: A Concept Analysis”, *Menoufia Nursing Journal*, c. 7, sy 1, ss. 73-82, 2022.
- [29] G. E. Richardson, “The metatheory of resilience and resiliency”, *Journal of Clinical Psychology*, c. 58, sy 3, ss. 307-321, 2002.
- [30] O. Friborg, D. Barlaug, M. Martinussen, J. H. Rosenvinge, ve O. Hjemdal, “Resilience in relation to personality and intelligence”, *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, c. 14, sy 1, ss. 29-42, 2005.
- [31] C. Barratt, “Developing resilience: the role of nurses, healthcare teams and organisations”, *Nursing Standard*, c. 33, sy 7, ss. 43-49, 2018.
- [32] O. Karairmak, “Psikolojik Sağlamlık, Risk Faktörleri Ve Koruyucu Faktörler”, *Türk Psikolojik Danışma Ve Rehberlik Dergisi*, c. 3, sy 26.
- [33] V. Cope, B. Jones, ve J. Hendricks, “Why nurses chose to remain in the workforce: Portraits of resilience”, *Collegian*, c. 23, sy 1, ss. 87-95, 2016.
- [34] A. Castillo-González vd., “Relation and effect of resilience on burnout in nurses: A literature review and meta-analysis”, *International Nursing Review*, c.1, ss.8-14, 2022.
- [35] D. Jackson, A. Firtko, ve M. Edenborough, “Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: a literature review”, *Journal of Advanced Nursing*, c. 60, sy 1, ss. 1-9, 2007.
- [36] F. Yu, D. Raphael, L. Mackay, M. Smith, ve A. King, “Personal and work-related factors associated with nurse resilience: A systematic review”, *International Journal of Nursing Studies*, c. 93, ss. 129-140, 2019.
- [37] A. L. Cooper, J. A. Brown, C. S. Rees, ve G. D. Leslie, “Nurse resilience: A concept analysis”, *International Journal of Mental Health Nursing*, c. 29, sy 4, ss. 553-575, 2020.
- [38] M. Hökkaş, “Hemşirelerin Psikolojik Sağlamlık Düzeyleri”, Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Fen Bilimleri Enstitüsü, Nevşehir, 2019.
- [39] O. Cam, A. Büyükbayram, “Hemşirelerde Psikolojik Dayanıklılık ve Etkileyen Faktörler”, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, c.8, sy 2, ss.118-126, 2017.
- [40] O. Cam, “The Results of Nurses’ Increasing Emotional Intelligence and Resilience”, *Journal Psychiatric Nursing*, c.6, sy 3, ss.130-136, 2015.
- [41] N. P. Günüşen, “Hemşirelerin Ruh Sağlığının Korunması ve Güçlendirilmesi”, *Türkiye Klinikleri Journal Psychiatric Nursing-Special Topics*, c.3, sy 1, ss.12-18, 2017.
- [42] T. B. Pipe vd., “Building Personal and Professional Resources of Resilience and Agility in the Healthcare Workplace”, *Stress Health*, c. 28, sy 1, ss. 11-22, Şub.

2012.

- [43] S. J. Prosser, M. Metzger, ve K. Gulbransen, “Don’t Just Survive, Thrive: Understanding How Acute Psychiatric Nurses Develop Resilience”, *Archives of Psychiatric Nursing*, c. 31, sy 2, ss. 171-176, Nis. 2017.
- [44] M. Zander, A. Hutton, ve L. King, “Exploring resilience in paediatric oncology nursing staff”, *Collegian*, c. 20, sy 1, ss. 17-25, 2013.
- [45] C. Henrichs ve G. Hum, “Positive Psychotherapy and Other Psychotherapeutic Methods”, içinde *Positive Psychiatry, Psychotherapy and Psychology*, E. Messias, H. Peseschkian, ve C. Cagande, Ed., Cham: Springer International Publishing, 2020, ss. 401-408.
- [46] T. Sarı, “Pozitif psikoterapi: Gelişimi, temel ilke ve yöntemleri ve Türk kültürüne uygulanabilirliği”, *The Journal of Happiness & Well-Being*, c.3, sy, ss.182-203, 2015.
- [47] C. Henrichs, “Psychodynamic Positive Psychotherapy Emphasizes the Impact of Culture in the Time of Globalization”, *Psychology*, c. 03, sy 12, ss. 1148-1152, 2012.
- [48] A. R. Marseille ve E. Messias, “Positive Psychotherapy as an Existentialism”, içinde *Positive Psychiatry, Psychotherapy and Psychology*, E. Messias, H. Peseschkian, ve C. Cagande, Ed., Cham: Springer International Publishing, 2020, ss. 387-400.
- [49] A. Remmers ve H. Peseschkian, “The First Interview in Positive Psychotherapy”, içinde *Positive Psychiatry, Psychotherapy and Psychology*, E. Messias, H. Peseschkian, ve C. Cagande, Ed., Cham: Springer International Publishing, 2020, ss. 309-329.
- [50] A. Remmers ve H. Peseschkian, “The First Interview in Positive Psychotherapy”, içinde *Positive Psychiatry, Psychotherapy and Psychology*, E. Messias, H. Peseschkian, ve C. Cagande, Ed., Cham: Springer International Publishing, ss. 309-329, 2020.
- [51] A. Eryılmaz, “Pozitif Psikoterapiler”, *Psikiyatr. Guncel Yaklasimlar - Current Approaches Psychiatry*, c. 9, sy 3, ss. 346-346, 2017.
- [52] A. Eryılmaz, *Meta Teori: Bir Gelişim ve Psikoterapi Kuramı Olarak Pozitif Psikoterapi*. (1. baskı) Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık, 2020.
- [53] I. Kirillov, *Pozitif Psikoterapi İlerliyor: 1.Bölüm - Teorik Yansımalar*, (1.baskı). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık, 2022.
- [54] H. Peseschkian ve A. Remmers, “Positive Psychotherapy: An Introduction”, içinde *Positive Psychiatry, Psychotherapy and Psychology*, E. Messias, H. Peseschkian, ve C. Cagande, Ed., Cham: Springer International Publishing, ss. 11-32, 2020.
- [55] H. Peseschkian ve A. Remmers, “Life Balance with Positive Psychotherapy”, içinde *Positive Psychiatry, Psychotherapy and Psychology*, E. Messias, H.

- Peseschkian, ve C. Cagande, Cham: Springer International Publishing, ss. 91-99, 2020.
- [56] M. Goncharov, "Conflict Model of Positive Psychotherapy", içinde *Positive Psychiatry, Psychotherapy and Psychology*, E. Messias, H. Peseschkian, ve C. Cagande, Cham: Springer International Publishing, ss. 331-348, 2020.
- [57] A. Eryilmaz, "Pozitif Grup Terapisinin Etkililiğinin İncelenmesi: Bir Ön Çalışma", *Kesit Akademi Dergisi*, sy 2, ss. 13-24, 2015.
- [58] A. Eryilmaz ve Ç. Keven-Aklıman, "The Effectiveness of a Body Image Group Counselling Program on Adolescent Girls in High School", *International Journal of Psychology and Educational Studies*, c. 4, sy 2, ss. 10-23, 2017.
- [59] E. Sinici, S. Aydın, ve T. Öznur, "May positive psychotherapy effective for treatment-resistant obsessive compulsive disorder?: A case report", *Journal of Clinical Psychiatry*, c. 21, sy 4, ss. 407-413, 2018.
- [60] N. D. Çabuker ve S. B. Çelik, "Examination of the Effectiveness of Post-traumatic Growth Psychoeducation Program", Doktora Tezi, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Samsun, 2020.
- [61] T. Sarı ve M. Yıldırım, "Pozitif Psikoterapi Temelli Şükür Günlükleri Yazma Çalışmasının Ortaokul Öğrencilerinin Şükür ve Öznel İyi Oluş Düzeylerine Etkisi", *Social Sciences Studies Journal*, c. 8, sy 95, ss. 620-628, 2022.
- [62] D. Yanık, "İnfertilite Tedavisi Gören Kadınlarda Pozitif Psikoterapi Temelli Eğitimin Psikolojik İyi Oluş Ve Umuda Etkisi Derya Yanık", Doktora Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya, 2021.
- [63] D. Yanık ve F. Kavak Budak, "The Effect of Positive Psychotherapy-Based Training on Stigma and Self-Efficacy in Women Receiving Infertility Treatment", *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, ss.5-17, 2022.
- [64] S. Güleç Keskin ve K. Gülirmak, "The effect of positive psychotherapy education on subjective wellbeing among nursing students", *Perspectives in Psychiatric Care*, c. 58, sy 2, ss. 861-870, 2022.
- [65] N. G. Altın, "Fibromiyalji Sendromlu Kadın Hastalarda Grup Pozitif Psikoterapi Tedavisi Ve Etkileri", Doktora Tezi, Psikoloji Anabilim Dalı, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul, 2022.
- [66] D. Özbaş ve S. Buzlu, "Geçmişten Günümüze Psikiyatri Hemşireliği", *İstanbul Üniversitesi Florence Nighthingale Hemşirelik Dergisi*, c.19, sy 3, ss.187-193, 2011.
- [67] H. Altındal Duru ve M. Yılmaz, "Depresyon tanısı alan hastalara uygulanan bilişsel davranışçı terapide psikiyatri hemşiresinin rolü: Literatür incelemesi", *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, c. 16, sy 1, ss. 131-146, Nis. 2023.
- [68] F. Faul, E. Erdfelder, A.-G. Lang, ve A. Buchner, "G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical

- sciences”, *Behavior Research Methods*, c. 39, sy 2, ss. 175-191, 2007.
- [69] S. S. Chesak, A. Bhagra, D. R. Schroeder, D. A. Foy, S. M. Cutshall, ve A. Sood, “Enhancing Resilience Among New Nurses: Feasibility and Efficacy of a Pilot Intervention”, *Enhancing Resilience Among New Nurses*, c. 15, sy 1, 2015.
- [70] O. Friberg, O. Hjemdal, J. H. Rosenvinge, ve M. Martinussen, “A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment?”, *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, c. 12, sy 2, ss. 65-76, 2003.
- [71] N. P. Günüşen, “Randomize Kontrollü Çalışmalarda Örneklemden Kayıplar Olduğunda Gerekli Bir İstatistiksel Analiz: Intention to Treat Analizi”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, c.1, sy 1, ss. 46-56, 2009.
- [72] “Pozitif Psikoterapi Master Eğitimi Ders Notları”, Tera Danışmanlık, 2020.
- [73] I. Kirillov, *Stres Sörfü*. (1.baskı). İstanbul: Özgün Ofset, 2019.
- [74] D. H. Yurdugül, “Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kapsam Geçerliliği için Kapsam Geçerlik & İndekslerinin Kullanılması”, 14. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi, 2005.
- [75] N. Peseschkian, *Doğu Hikayeleriyle Psikoterapi*. (Çev.Hürol Fışıloğlu). Ankara: Beyaz Yayınları, 2014.
- [76] A. Aypay ve A. Kara, “Pozitif Psikoterapi Denge Modeli Bağlamında Dengeli Yaşam Ölçeği ve Dengeli Yaşam Temel Becerileri Ölçeğinin Geliştirilmesi”, *Sakarya University Journal of Education*, c. 8, sy 3, ss. 63-79, 2018.
- [77] A. T. Sawyer, A. K. Bailey, J. F. Green, J. Sun, ve P. S. Robinson, “Resilience, Insight, Self-Compassion, and Empowerment (RISE): A Randomized Controlled Trial of a Psychoeducational Group Program for Nurses”, *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, c. 29, sy 4, ss. 314-327, 2023.
- [78] Y. H. Chan, “Biostatistics 101: Data Presentation” *Singapore Medical Journal*, c.44, sy 6, ss.280-285, 2003.
- [79] A. T. Shao, *Marketing Research: An Aid to Decision Making*. South-Western/Thomson Learning, 2002.
- [80] S. Y. Ang, T. Uthaman, T. C. Ayre, S. H. Lim, ve V. Lopez, “A Photovoice study on nurses’ perceptions and experience of resiliency”, *Journal of Nursing Management*, c. 27, sy 2, ss. 414-422, 2019.
- [81] K. Foster vd., “On PAR : A feasibility study of the Promoting Adult Resilience programme with mental health nurses”, *International Journal of Mental Health Nursing*, c. 27, sy 5, ss. 1470-1480, 2018.
- [82] E. Y. Kim ve S. O. Chang, “Exploring nurse perceptions and experiences of resilience: a meta-synthesis study”, *BMC Nursing*, c. 21, sy 1, ss. 1-26, 2022.

- [83] S.-Y. Wu, H.-Y. Li, J. Tian, W. Zhu, J. Li, ve X.-R. Wang, “Health-related Quality of Life and Its Main Related Factors among Nurses in China”, *Industrial Health*, c. 49, sy 2, ss. 158-165, 2011.
- [84] B. Altıntaş ve M. Altıntaş, “Psikolojik Dayanıklılık Ve İş Yaşam Dengesi İlişkisi Üzerine Bir Araştırma”, *International Journal of Disciplines In Economics and Administrative Sciences Studies (IDEAStudies)*, c. 49, sy 49, ss. 1095-1106, 2023.
- [85] M. Mealer vd., “Feasibility and Acceptability of a Resilience Training Program for Intensive Care Unit Nurses”, *American Journal of Critical Care*, c. 23, sy 6, ss. e97-e105, 2014.
- [86] L. Mao, L. Huang, ve Q. Chen, “Promoting resilience and lower stress in nurses and improving inpatient experience through emotional intelligence training in China: A randomized controlled trial”, *Nurse Education Today*, c. 107, s. 105130, 2021.
- [87] S. B. Im, M. Cho, S. Y. Kim, ve M. L. Heo, “The Huddling Programme: effects on empowerment, organisational commitment and ego-resilience in clinical nurses – a randomised trial”, *Journal Clinical Nurse*, c. 25, sy 9-10, ss. 1377-1387, 2016.
- [88] M. Cleary, R. Kornhaber, D. K. Thapa, S. West, ve D. Visentin, “The effectiveness of interventions to improve resilience among health professionals: A systematic review”, *Nurse Education Today*, c. 71, ss. 247-263, 2018.
- [89] A. L. Leppin vd., “The Efficacy of Resiliency Training Programs: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Trials”, *PLoS ONE*, c. 9, sy 10, ss. 1-14, 2014.
- [90] Ö. Kara, “Hemşirelerin Psikolojik Dayanıklılık, Mesleğe Bağlılık Ve İş Yüğü Algısı Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi”, Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzincan, 2019.
- [91] L. S. Adams ve A. C. Camarillo, “Resiliency Training for Medical Professionals”, *The Army Medical Department Journal*, c.5, ss. 49-55, 2010.
- [92] A. Castillo-González vd., “Relation and effect of resilience on burnout in nurses: A literature review and meta-analysis”, *International Nursing Review*, c.1, ss.8-14, 2022.
- [93] R. A. Taylor, “Contemporary issues: Resilience training alone is an incomplete intervention”, *Nurse Education Today*, c. 78, ss. 10-13, Tem. 2019.
- [94] N. Bostan ve A. Beşer, “Factors Affecting the Healthy Lifestyle Behaviors of Nurses”, *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*, c.14, sy 1, ss.38-44, 2017.
- [95] S. Özkan ve E. Yılmaz, “Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları/The Health-Promoting Lifestyles of Nurses Working at Hospital”, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, c. 3, sy 7, ss.90-105, 2008.
- [96] N. Şimşekoğlu ve A. Senih, “Bir Üniversite Hastanesinde Görevli Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Sağlık Kaygısı Düzeyleri”, *Düzce*

- [97] E. Brogan, C. Rossiter, C. Duffield, ve E. Denney-Wilson, “Healthy eating and physical activity among new graduate nurses: A qualitative study of barriers and enablers during their first year of clinical practice”, *Collegian*, c. 28, sy 5, ss. 489-497, 2021.
- [98] L. P. Phiri, C. E. Draper, E. V. Lambert, ve T. L. Kolbe-Alexander, “Nurses’ lifestyle behaviours, health priorities and barriers to living a healthy lifestyle: a qualitative descriptive study”, *BMC Nursing*, c. 13, sy 1, s. 38, 2014.
- [99] N. Gogolla, “The insular cortex”, *Current Biology*, c. 27, sy 12, ss. 580-586, 2017.
- [100] H. J. Kim ve S. H. Shin, “Development and Validation of the Nurse Needs Satisfaction Scale Based on Maslow’s Hierarchy of Needs Theory”, *Journal of Korean Academy of Nursing*, c. 50, sy 6, s. 848, 2020.
- [101] E. Öksüz, M. Demiralp, S. Mersin, H. Tüzer, M. Aksu, ve G. Sarıkoc, “Resilience in nurses in terms of perceived social support, job satisfaction and certain variables”, *Journal of Nursing Management*, 2019.
- [102] G. Manomenidis, E. Panagopoulou, ve A. Montgomery, “Resilience in nursing: The role of internal and external factors”, *Journal of Nursing Management*, c. 27, sy 1, ss. 172-178, Oca. 2019.
- [103] H. Andrews, S. Tierney, ve K. Seers, “Needing permission: The experience of self-care and self-compassion in nursing: A constructivist grounded theory study”, *International Journal of Nursing Studies*, c. 101, sy.10, ss. 34-36, 2020.
- [104] H. Arslan Yürümezoğlu ve E. Sarıoğlu, “Effects of Work Environment, Shift Durations, and Patient-Nurse Ratio on Nurse Outcomes: A Scoping Review”, *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, c. 9, sy 1, ss. 153-167, 2022.
- [105] Y. M. Baek ve S. Y. Kim, “Moderating and Mediating Effects of Resilience in the Relationship between Work Intensity, Interpersonal Conflict and Burnout among Nurses”, *Journal of Korean Clinical Nursing Research*, c. 26, sy 3, ss. 275-284, 2020.
- [106] P. Han ve D. Xia, “Nursing Open - 2022 - Han - Experience In The Development Of Nurses Personal Resilience A meta-synthesis”, *Nursing Open*, c.10,ss. 2780-2790, 2023.
- [107] D. Goleman, *Working with emotional intelligence*, Bantam export edition. New York Toronto London Sydney Auckland: Bantam Books, 1999.
- [108] D. B. R. Palmer, “Emotional Intelligence In The Workplace An Introduction”, *Organisations & People*, c. 14, sy 2, 2007.
- [109] A. R. Armstrong, R. F. Galligan, ve C. R. Critchley, “Emotional intelligence and resilience to negative life events”, *Personality and Individual Differences*, c. 51, sy 3, ss. 331-336, 2011.
- [110] A. Marine, J. H. Ruotsalainen, C. Serra, ve J. H. Verbeek, “Preventing occupational

stress in healthcare workers”, içinde *Cochrane Database of Systematic Reviews*
The Cochrane Collaboration, Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2006.

- [111] Ş. G. Kan, “Akademisyenlerin Pozitif Psikoterapideki Dende Modeline Göre Çatışma-Çözme Becerisi İle İş Motivasyonu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” Doktora Tezi, Rehberlik ve Psikoloji Anabilim Dalı, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Lefkoşa, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti, 2020.
- [112] E. T. Çaykuş ve A. Eryılmaz, “Investigation Of The Relationship Between Happiness And Secondary And Primary Capacities Among Emerging Adults In The Context Of Positive Psychotherapy”, *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, c. 7, sy 5, 319-331, 2020.
- [113] C. Harzer ve W. Ruch, “The relationships of character strengths with coping, work-related stress, and job satisfaction”, *Frontiers in Psychology*, c. 6, Şub. 2015.
- [114] A. M. Mazzella Ebstein, L. Sanzero Eller, K. S. Tan, C. Cherniss, J. S. Ruggiero, ve J. P. Cimiotti, “The relationships between coping, occupational stress, and emotional intelligence in newly hired oncology nurses”, *Psychooncology*, c. 28, sy 2, ss. 278-283, Şub. 2019.
- [115] D. Ayar ve M. A. Karaman, “Hemşirelerin Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri ile Yaşam Dengeleri Arasındaki İlişki”, *Gevher Nesibe Journal Of Medical And Health Sciences*, c. 7, sy 17, 2022.

7. EKLER

EK 1: PPDDP PROGRAMI

İKİNCİ OTURUM (Envanter); *Yaşam Dengesi*

Oturum Amacı: Katılımcıların denge modelinin işlevini anlayarak yaşamlarında dengeye gelebilmek için ihtiyaçlarını fark edip hareket geçebilmesi. Denge modeli boyutu; *beden, başarı, ilişki ve anlam*.

Amaçlar:

- Denge modelinin tanıtılması. **Gözlem-Mesafe**
- Grup üyelerinin enerjilerini ve zamanlarını günlük yaşamda nasıl dağıttıklarının denge modeli çerçevesinde ele alınması. **Envanter**
- Grup üyelerinin dört boyutta denge sağlamak için kaynaklarını fark etmesi. **Durumsal Cesaretlendirme**
- Grup üyelerinin denge modeli çerçevesinde dengeye gelebilmek için boyutlara eklemeler ve çıkarmalar yapması. **Sözleştirme**
- Grup üyeleri bundan sonra dört boyutta denge sağlayabilirlerse yaşantılarında neyin farklı olabileceğini tartışması. **Amaçların Genişletilmesi**

Hedefler:

- Grup üyeleri denge modelini kavrar.
- Her bir grup üyesi kendi denge modelini çizer.
- Her bir üye denge modeli üzerinde dengeye gelme konusunda hangi kaynaklara sahip olduğunu anlar.
- Her bir üye denge modeli çerçevesinde dengeye gelebilmek için neler yapmaları gerektiğini görür.
- Grup üyeleri bundan sonra dört boyutta denge sağlayabilirlerse yaşantılarında neyin farklı olabileceğini tartışır.

Süre: 90 dakika

Yöntem: Anlatım, soru- cevap, slayt gösterisi, etkinlik.

Uygulama:

- Bir önceki oturum ile ilgili değerlendirme yapılır. Anlaşılmayan kısımların ve ev çalışmasının üzerinden geçilir (10 dakika).
- Denge modelinin tanıtımı yapılır. (Power point hazırlanacak). (20 dakika) **Gözlem-Mesafe**
 - Beden boyutunun bileşenleri; beslenme, uyku, spor, sigara kullanımı, sağlık problemi vb.
 - Başarı boyutunun bileşenleri; başarıya verilen anlam, meslekten memnun olma, performans beklentisi vb.

- İlişki boyutunun bileşenleri; ilişki kurma biçimleri, beklentileri vb.
 - Maneviyat boyutunun bileşenleri; yaşamdan anlam bulma, geleceğe yönelik hedefler vb.
- Grup üyeleri kendi denge modellerini çizer (20 dakika). **Envanter**
- **Egzersiz:** Grup üyelerine denge modeli grafiği çizili olan çalışma kağıtları dağıtılır. Her bir grup üyesinin grafik üzerinde günlük yaşam enerjilerini nasıl dağıttıkları grafik üzerinde çizerek göstermeleri istenir. Enerji dağılımının toplamı % 100 olmalıdır. Her bir katılımcı kendi modelini çizebilmesi için desteklenir ve yol gösterilir.
- Grup üyelerinin dört boyutta denge sağlamak için; günlük hayatta ki kaynaklarını nasıl kullandığını fark eder (15 dakika). **Durumsal Cesaretlendirme**
- **Hikaye:** Gezginin Hikayesi
 - *Bu hikayeyi nasıl buldunuz?*
 - *Siz bu hikayenin neresindesiniz?*
 - Grup üyeleri bu hikaye yolu ile günlük hayatta farkında oldukları ya da farkında olmadıkları yükleri fark etmeleri konusunda düşünmeye sevk edilir.
- Her bir grup üyesi zorlayıcı yaşam olayları karşısında dengesinin nasıl bozulduğunu keşfeder. Denge modelinde yeniden dengeye gelebilmek için ihtiyaçlarını nasıl karşılayabilecekleri ile ilgili fikir belirtir (15 dakika). **Sözleştirme**
- Boyutlar arasında denge kurmanın önemini vurgulamak için **terazi** metaforundan faydalanılır.
 - **Egzersiz:** Grup üyelerinden oturumun başında çizdikleri kendi denge modeli üzerlerinde enerji fazlalığı ya da azlığı olan boyut ya da boyutlarla ilgili neler yapabileceklerini yazmaları istenir. Aşağıdaki iki sorudan yardım alınır.
 - Neye ihtiyacım var? Ne istiyorum?
- Her bir grup üyesi sonraki zamanlarda dengeyi devam ettirebilirse yaşantılarında nelerin farklı olabileceğini ifade eder (10 dakika) **Amaçların Genişletilmesi**
- **Ev Çalışması:** Denge modeli üzerinde fark ettikleri ihtiyaçlarını karşılayabilmek için bu boyut ya da boyutlar üzerinde her gün nasıl çalışacaksınız? Düzenli aralıklarla yapabileceğiniz uygulanabilir eylemleri planlayın ve katılımcı el kitabınıza yazın.

- **Kapanış:** Katılımcılar duygu durum kontrolü yapmaları için desteklenir. Grup üyeleri bir dakika sessizliğe davet edilir. Yönerge verilerek katılımcılar bedenlerine ve duyumsamalarına yönlendirilir.
 - **Yönerge:** Sizi omurganız dik, omuzlarınız geride, göğsünüz açık bir pozisyon almaya davet ediyorum. Dilerseniz gözlerinizi kapatabilirsiniz. Sizi bir dakika boyunca oturduğunuz yer ile bedeninizin temasını, bedeninizde ne hisettiğinizi ve nefesinizi fark etmeye davet ediyorum.
 - Bir dakika sonunda katılımcılardan geri bildirim alınır. Şu anda ne var? Hangi duygu, düşünce ya da his. Fark etmeleri ve tanımlamaları için yönlendirme yapılır.

BEŞİNCİ OTURUM (Sözleştirme); Temas (Bedenle –Duygularla temas)

Oturum Amacı: Katılımcıların bedenleri ve duyguları temas etmeyi öğrenmesi. Duygularla kalma kapasitelerinin artması. Denge modeli boyutu; *beden, ilişki ve anlam*.

Amaçlar:

- Grup üyelerine beden ve duygularla temas ile ilgili bilgi verilmesi. **Gözlem-Mesafe**
- Grup üyelerinin bedenlerindeki duyumsamaları ve duygularını ne kadar tanıdıklarını keşfetmesi. **Envanter**
- Grup üyelerinin bedenleri ile temasa geçebilmesi için cesaretlendirilmesi. **Durumsal Cesaretlendirme**
- Grup üyelerinin bedenlerinde ortaya çıkan duyumsamaları fark etmesi ve temas etmesi. **Sözleştirme**
- Grup üyelerinin bedenle temasın hayatlarına neleri getireceklerini ifade etmesi. **Amaçların Genişletilmesi**

Hedefler:

- Grup üyeleri beden ve duygularla temas ile ilgili bilgi edinir.
- Grup üyeleri bedenleri ve duyumsamaları ile ne kadar temas içinde olduğunu anlar.
- Grup üyeleri bedenlerinde ortaya çıkan duyumsamalarla temas etme konusunda kendine güvenir.
- Her bir grup üyesi bedeninde ortaya çıkan duyumsamaları gözlemler ve ilişki kurar.
- Grup üyeleri bedenle temas etme konusunda öğrendiği yolları uygularsa nelerin farklı olabileceğini ifade eder.

Süre: 90 dakika.

Yöntem: Anlatım, soru- cevap, slayt gösterisi, etkinlik.

Uygulama:

- Bir önceki oturum ile ilgili değerlendirme yapılır. Anlaşılmayan kısımların ve ev çalışmasının üzerinden geçilir (10 dakika).
- Duygular ve bedende ortaya çıkma durumları, beş temel duygu ve duyguların amacı hakkında bilgi verilir (10 dakika). **Gözlem-Mesafe**

- **Hikaye;** Sihirbaz.
 - *Bu hikayeyi nasıl buldunuz?*
 - *Siz bu hikayenin neresindesiniz?*
- Bu hikaye yolu ile duygularımıza izin verebilirsek onların bize vermek istediği mesajı zorlanmadan alabileceğimiz ve hatta onlardan fayda görebileceğimiz konusunda katılımcılarda farkındalık oluşturulur.
- Grup üyelerinin duygularını tanımlama durumları ile ilgili farkındalık oluşturulur (20 dakika). **Envanter**
 - **Egzersiz;** Beden taraması egzersizi ile katılımcılar bedenleriyle temas eder, ortaya çıkan his ve duygulara farkındalık geliştirir. Gönüllü grup üyelerinden neleri fark ettikleri ve bu etkinliğin onlara nasıl geldiği ile ilgili geri bildirim alınır.
 - Gönüllü üyelerden geri bildirim alınır.
- Grup üyelerinin bedenlerindeki duyumsamalarla kalabilmelerini öğrenmeleri için duyguların pozitif yorumu yapılır. Grup içerisinde örnekler ve yaşantılar yoluyla yorumlar desteklenir.(20 dakika) **Durumsal Cesaretlendirme**
- Grup üyeleri bedenlerinde ortaya çıkan duyumsamaları tanımlayıp amacını anladıktan sonra duyguları somutlaştırma yoluna gidilir. Duygularını dışsallaştırabilen katılımcılar onunla ne yapabilecekleri ile ilgili yeni yollar görebilir. (30 dakika) **Sözelleştirme**
 - **Egzersiz;** Duyguları somutlaştırma; katılımcılara oyun hamurları dağıtılır. Grup üyelerine beden taraması egzersizinde fark ettiği duyumsamalarını oyun hamuru ile forma sokmaları istenir. Ortaya çıkan şekiller hakkında konuşulur.
- Grup üyeleri ile bedenle temas kurarak fark ettiği ve kazandığı bu yeni durumları bundan sonra yaşantılarında nasıl bir farklılık olacağı ile ilgili konuşulur.(10 dakika) **Amaçların Genişletilmesi**
 - **Ev Çalışması:** Katılımcılardan bir sonraki oturuma kadar iki eylemi farkındalıkla ve haz alarak yapması istenir. Örneğin; yemek yeme, yürüyüş yapma, evi temizleme, duş alma, ilaç hazırlama gibi. Farkındalıklar katılımcı el kitaplarına yazılabilir.
 - **Ev Çalışması:** Grup üyelerinin hoş giden ya da hoş gitmeyen anlarını fark etmesi ve bu anlarla ilgili farkındalıklarını katılımcı el kitabına kaydetmesi önerilir.

- Bedeninde, zihninde tam olarak neler oldu ve sence bu hangi duygu olabilir?
- **Kapanış:** Katılımcılar duygu durum kontrolü yapmaları için desteklenir. Grup üyeleri bir dakika sessizliğe davet edilir. Yönerge verilerek katılımcılar bedenlerine ve duyumsamalarına yönlendirilir.
 - **Yönerge:** Sizi omurganız dik, omuzlarınız geride, göğsünüz açık bir pozisyon almaya davet ediyorum. Dilerseniz gözlerinizi kapatabilirsiniz. Sizi bir dakika boyunca oturduğunuz yer ile bedeninizin temasını, bedeninizde ne hissettiğinizi ve nefesinizi fark etmeye davet ediyorum.
 - Bir dakika sonunda katılımcılardan geri bildirim alınır. Şu anda ne var? Hangi duygu, düşünce ya da his. Fark etmeleri ve tanımlamaları için yönlendirme yapılır.

EK 2. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı Pozitif Psikoterapiye Dayalı Psikolojik Dayanıklılık Psikoeğitim Programının Hemşirelerin Psikolojik Dayanıklılıklarına Etkisi ve Dengeli Yaşam Becerileri'dir. Bu araştırmanın amacı, Pozitif Psikoterapiye Dayalı Psikolojik Dayanıklılık Psikoeğitim Programının hemşirelerin psikolojik dayanıklılıklarına etkisi ve dengeli yaşam becerilerinin belirlenmesidir. Bu çalışmada size 8 haftalık/1.5 saatten oluşan Pozitif Psikoterapiye Dayalı Psikolojik Dayanıklılık Psikoeğitim Programı uygulanacaktır. Eğitim programı tamamlandıktan bittikten 3 ay sonra izlem testi yapılacaktır. Çalışmada müdahale ve kontrol grupları bulunmakta olduğundan bu gruplara sizler rastgele olarak yerleştirilebilirsiniz. Bu araştırma ile ilgili olarak uygulanan programa katılma konusunda özen gösterme, araştırmacının önerilerine uyma, ev çalışmalarını yapma sizin sorumluluklarınızdır.

Araştırma sırasında araştırma konusuyla sizi ilgilendirebilecek ve sizin araştırmaya katılmaya devam etme isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgiler/gelişmeler olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için nolu telefonda Dr. Aysel KARACA veya no.lu telefonda hemşire Seda ÖNER'e başvurabilirsiniz.

Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır; ayrıca, bu araştırma kapsamındaki bütün muayene, tetkik, testler ve tıbbi bakım hizmetleri için sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

Bu çalışmada ver almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada ver almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan programın gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya programın etkinliğini artırmak vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili bilimsel veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce bana verilmesi gereken tüm bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana, aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Bu koşullar altında, bana bu araştırma kapsamında yapılacak olan tedavi ve/veya uygulamalar ile şahsıma ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya hiçbir zorlama ve baskı altında olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Pozitif Psikoterapiye Dayalı Psikolojik Dayanıklılık Psikoeğitim Programının Hemşirelerin Psikolojik Dayanıklılıklarına Etkisi ve Dengeli Yaşam Becerileri araştırması kapsamında toplanan verilerimin;

- ☐ Sadece yukarıda bahsi geçen çalışmada kullanılmasına izin veriyorum
- ☐ İleride yapılması planlanan tüm çalışmalarda kullanılmasına izin veriyorum
- ☐ Hiçbir koşulda kullanılmasına izin vermiyorum

EK 3. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Doktora Programı'nda yürütülmekte olan tez çalışmasına yönelik olarak veri toplama amacıyla yapılmaktadır. Katılım tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Kişisel bilgileriniz gizli tutulacak ve elde edilen bulgular sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. Katılarınız için teşekkür ederim.

Seda ÖNER

1. Yaşınız:

2.Cinsiyetiniz ☐ Kadın

☐Erkek

3. En son hangi okulu bitirdiniz?

☐ Lise

☐ Üniversite

☐Yüksek lisans/Doktora

4. Medeni durumunuz:

☐ Evli

☐ Bekâr/Dul/Boşanmış/Ayrı yaşıyor

5. Çalışma yılınız:.....

6. Çalışma vardiyanız nasıldır?

a. Sürekli gündüz

b. Sürekli gece

c. Gece-gündüz, nöbetli

d. Diğer (Açıklayınız).....

EK 4.YETİŞKİNLER İÇİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ÖLÇEĞİ

Sayın katılımcı aşağıda psikolojik dayanıklılık düzeyini ölçmekle ilgili sorular yer almaktadır. Her maddede bahsedilen durumla ilgili iki birbirine zıt seçenek bulunmaktadır. Size en yakın seçeneği uygunluk düzeyini düşünerek (çok uygunsa en yakın biraz uygunsa en yakın ikinci kutu gibi) işaretleyiniz.

Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

1. Beklenmedik bir olay olduğunda...										Çoğu kez ne yapacağımı kestiremem
Her zaman bir çözüm bulurum										
2. Gelecek için yaptığım planların...										Başarılması zordur
Başarılması zordur										Başarılması mümkündür
3. En iyi olduğum durumlar şu durumlardır...										Ulaşmak istediğim açık bir hedefim olduğunda
Ulaşmak istediğim açık bir hedefim olduğunda										Tam bir günlük boş bir vaktim
4. ...olmaktan hoşlanıyorum										Diğer kişilerle birlikte
Diğer kişilerle birlikte										Kendi başıma
5. Ailemin, hayatta neyin önemli olduğu konusundaki anlayışı...										Benimkinden farklıdır
Benimkinden farklıdır										Benimkiyle aynıdır
6. Kişisel konuları ...										Hiç kimseyle tartışmam
Hiç kimseyle tartışmam										Arkadaşlarımla/Aile-üyeleriyle
7. Kişisel problemlerimi...										Çözemem
Çözemem										Nasıl çözebileceğimi bilirim
8. Gelecekteki hedeflerimi...										Nasıl başaracağımı bilirim
Nasıl başaracağımı bilirim										Nasıl başaracağımdan emin değilim
9. Yeni bir iş/projeye başladığımda ...										İleriye dönük planlama yapmam, derhal işe
İleriye dönük planlama yapmam, derhal işe										Ayrıntılı bir plan yapmayı tercih ederim
10. Benim için sosyal ortamlarda rahat/esnek olmak										Önemli değildir
Önemli değildir										Çok önemlidir
11. Ailemle birlikteyken kendimi ... hissedirim										Çok mutlu
Çok mutlu										Çok mutsuz
12. Beni ...										Bazı yakın arkadaşlarım/aile üyelerim
Bazı yakın arkadaşlarım/aile üyelerim										Hiç kimse cesaretlendiremez
13. Yeteneklerim...										Olduğuna çok inanırım
Olduğuna çok inanırım										Konusunda emin değilim
14. Geleceğimin ... olduğunu hissediyorum										Ümit verici
Ümit verici										Belirsiz
15. Şu konuda iyiyimdir...										Zamanımı planlama
Zamanımı planlama										Zamanımı harcama
16. Yeni arkadaşlık konusu ... bir şeydir										Kolayca yapabildiğim
Kolayca yapabildiğim										Yapmakta zorlandığım
17. Ailem şöyle tanımlanabilir ...										Birbirinden bağımsız
Birbirinden bağımsız										Birbirine sıkı biçimde kenetlenmiş
18. Arkadaşlarımdaki ilişkiler ...										Zayıftır
Zayıftır										Güçlüdür
19. Yargılarıma ve kararlarıma ...										

	Çok fazla güvenmem		Tamamen güvenirim
20. Geleceğe dönük amaçlarım ...	Belirsizdir		İyi düşünülmüştür
21. Kurallar ve düzenli alışkanlıklar ...	Günlük yaşamımda yoktur		Günlük yaşamımı kolaylaştırır
22. Yeni insanlarla tanışmak ...	Benim için zordur		Benim iyi olduğum bir konudur
23. Zor zamanlarda, ailem ...	Geleceğe pozitif bakar		Geleceği umutsuz görür
24. Ailemden birisi acil bir durumla karşılaştığında...	Bana hemen haber verilir		Bana söylenmesi bir hayli zaman alır
25. Diğerleriyle beraberken	Kolayca gülerim		Nadiren gülerim
26. Başka kişiler söz konusu olduğunda, ailem şöyle davranır:	Birbirlerini desteklemez biçimde		Birbirlerine bağlı biçimde
27. Destek alırım	Arkadaşılarımdan/aile üyelerinden		Hiç kimseden
28. Zor zamanlarda ... eğilimim vardır	Her şeyi umutsuzca gören bir		Beni başarıya götürebilecek iyi bir şey
29. Karşılıklı konuşma için güzel konuların düşünülmesi, benim için ...	Zordur		Kolaydır
30. İhtiyacım olduğunda ...	Bana yardım edebilecek kimse yoktur		Her zaman bana yardım edebilen birisi vardır
31. Hayatımdaki kontrol edemediğim olaylar (ile) ...	Başa çıkmaya çalışırım		Sürekli bir endişe/kaygı kaynağıdır
32. Ailemde şunu severiz ...	İşleri bağımsız olarak yapmayı		İşleri hep beraber yapmayı
33. Yakın arkadaşlarım/aile üyeleri ...	Yeteneklerimi beğenirler		Yeteneklerimi beğenmezler

EK 5. ÖLÇEK İZNİ

Gönderen: Nejat Basım

Gönderildi: 16 Şubat 2023 Perşembe 17:21

Kime:

<Seda.Oner@...>

Konu: yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği

Değerli Seda Öner,
Mesajınızı bu adresimden
yanıtlıyorum. Ölçeği çalışmalarınızda
kullanabilirsiniz. Ölçeğin yer aldığı makaleyi,
makalenin sonunda yer alan ölçeğin word
ortamındaki halini ve değerlendirme
esaslarını içeren bilgi notunu ekte
gönderiyorum. Çalışmalarınızda kolaylıklar
dilerim.

--

Prof. Dr. H. Nejat Basım

EK 6. YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU

Katılımcıların Program Sonrası Dengeli Yaşam Becerilerinin Belirlenmesine Yönelik Nitel Sorular;

1. Program sonrası öğrendiklerinizden yola çıkarak yaşam enerjisinin dört boyutta (beden, ilişki, başarı ve maneviyat) dengeli dağıtılması ile ilgili neler söylersiniz? **(Denge Modeli)**
 - Yaşam enerjinizi beden boyutunda dengeli dağıtmakla ilgili kendi yaşantınızda neleri fark ettiniz? Ve bu boyutta neler yaptınız?
 - Yaşam enerjinizi ilişki boyutunda dengeli dağıtmakla ilgili kendi yaşantınızda neleri fark ettiniz? Ve bu boyutta neler yaptınız?
 - Yaşam enerjinizi başarı boyutunda dengeli dağıtmakla ilgili kendi yaşantınızda neleri fark ettiniz? Ve bu boyutta neler yaptınız?
 - Yaşam enerjinizi anlam boyutunda dengeli dağıtmakla ilgili kendi yaşantınızda neleri fark ettiniz? Ve bu boyutta neler yaptınız?
 - Eğitime başladığınızda daha önce ihmal ettiğinizi fark ettiğiniz boyutla ilgili somut ne gibi adımlar attınız?
2. Günlük hayatta kapasitelerinizi/değerlerinizi ortaya koyarken daha dengeli (orta düzey) bir şekilde kullanma konusunda neler yaşıyorsunuz? **(Gerçek Yetenekler)**
 - Bu konudaki farkındalıklarınız nelerdi?
 - Program bu farkındalığınızı etkiledi mi?
3. Program sonrası zorlayıcı yaşam olayları karşısında verdiğiniz tepkiler nasıl etkilendi? **(Gerçek Yetenekler)**
 - Hangi kapasitenizin/değerinizin tetiklediğinin farkına varabiliyor musunuz?
 - Program sonrasında tetiklendiğiniz zamanlarda gösterdiğiniz tepkinin farkına varabiliyor musunuz?
 - Nasıl farkına varıyorsunuz? Örnek verir misiniz?
4. Herhangi birisi ile çatışma yaşadığınızda kendinizi ifade etme şekliniz nezaket ve açıklık açısından nasıl olurdu? Program bu ifade etme şekliniz üzerinde bir değişiklik yarattı mı? **(Anahtar Çatışma)**
5. Genel olarak bu eğitimi nasıl değerlendirirsiniz?
 - Yaşamınıza daha büyük bir perspektiften baktığınızda başka hangi alanlarda bu bilgi ve becerileri kullanabilirsiniz?
 - 5 yıl sonraki size baktığınızda bu eğitim sizde neleri değiştirmiş olabilir?

EK 7. POZİTİF PSİKOTERAPİ SERTİFİKASI



EK 8. NİTEL ARAŞTIRMALAR KURSU KATILIM BELGESİ



EK 9. ETİK KURUL İZİNLERİ

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ						
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN SAĞLIK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU						
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Pozitif Psikoterapiye Dayalı Psikolojik Dayanıklılık Psikoeğitim Programının Hemşirelerin Psikolojik Dayanıklılıklarına Etkisi ve Dengeli Yaşam Becerileri				
TITLE OF STUDY		The Effect of Resilience Psychoeducation Program Based on Positive Psychotherapy on Nurses' Resilience and Balanced Life Skills				
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐		
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐		
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐		
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐		
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama			
	SİGORTA	☐				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐				
	BİYYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐				
	İLAN	☐				
	VİCELİK BİLDİRİM	☐				
	SONUÇ RAPORU	☐				
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐				
KARAR BELGELERİ	Karar No:2023/31	Tarih: 06.03.2023				
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerektire, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuruya dayalı olarak belirlenen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıyla katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.					
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN SAĞLIK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU						
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		Girişimsel Olmayan Sağlık Araştırmaları Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu				
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. İsmail MALKOÇ				
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi		Katılım *
Prof. Dr. Ender GÜÇLÜ	Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒	H ☐
Doç. Dr. Mehmet ARICAN	Ortopedi	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒	H ☐
Doç. Dr. Atilla ÖNMEZ	İç Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒	H ☐
Doç. Dr. Mehmet Ali SİNGÜK	Biyostatistik ve İstatistik Bilimleri	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒	H ☐
Dr. Öğr. Üyesi Nuri Cenk COŞKUN	Farmakoloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐	H ☒
Dr. Öğr. Üyesi Şakirye ÖZDE	Cocuk Sağlığı	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒	H ☐
Dr. Öğr. Üyesi Enan BEYAZÇİÇEK	Fizyoloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒	H ☐
Dr. Öğr. Üyesi Abdullah BELADA	Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒	H ☐
Dr. Öğr. Üyesi Şerife YILMAZ	Hemşirelik Tarihi ve Etik	Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒	H ☐
Metin POLAT	Avukat	Düzce Üniversitesi Hukuk Müavirliği	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒	H ☐
Kenan VAROL	Sivil Üye	Varoller Demir Çelik Ürünleri San. ve Tic. Ltd. Şti	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒	H ☐

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurulu

Unvanı/Adı/Soyadı: PROF. DR. İSMAIL MALKOÇ

İmza

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Seda ÖNER
Yabancı Dili : İngilizce

ÖĞRENİM DURUMU

Derece	Alan	Okul/Üniversite	Mezuniyet Yılı
Doktora	Psikiyatri Hemşireliği	Düzce Üniversitesi	2024
Y. Lisans	Psikiyatri Hemşireliği	Düzce Üniversitesi	2011
Lisans	Hemşirelik	Ege Üniversitesi	2005
Lise		Gaziantep Mimar Sinan Lisesi	1998

TEZDEN ÇIKAN KONGRE KATILIMI VE YAYINLAR

- S. Öner, A. Karaca, N. Y. Şişman, “Pozitif Psikoterapiye Dayalı Psikolojik Dayanıklılık Psikoeğitim Programının Hemşirelerin Psikolojik Dayanıklılıklarına Etkisi Üzerine Bir Çalışma Protokolü”, Sözel Bildiri, 7. Uluslararası 11.Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, 2023.
- S. Öner, A. Karaca, N. Y. Şişman, The Effect of Positive Psychotherapy-Based Resilience Program on Resilience in Nurses: A Study Protocol, *The Global Psychotherapist*, c. 4, sy. 1, ss. 33-42, 2024.